

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

**SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS**

**TRABAJO FINAL DE GRADUACION PARA OPTAR
POR EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSICOLOGIA CLÍNICA**

**DISEÑO DE UNA GUÍA PARA EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO DEL
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN NIÑOS Y NIÑAS
DE SEIS A DOCE AÑOS DE EDAD**

LICDA.MARCELA LÓPEZ LÓPEZ

**SAN JOSÉ,COSTA RICA
MAYO 2011**

Dedicatoria

Quisiera dedicar este esfuerzo a quienes inspiran mi trabajo diario:
A los niños ,niñas y adolescentes con trastornos mentales, quienes desde su fragilidad e
inocencia luchan valientemente cada día por soñar, crear...crecer y vivir!!!

Agradecimientos

*“Las estrellas son diferentes para cada uno.
Para los que viajan las estrellas son guías”
-Antoine de Saint Exupéry.*

Al concluir el camino que emprendí hace dos años quisiera agradecer de todo corazón a las estrellas que me guiaron con su luz y calor...

A mi amada familia, quienes siempre me dan su aliento en cada proyecto que inicio y siempre tienen fe en mí. ¡Los amo!

Al Dr. Roberto López Core y a la Dra. Ana Mora quienes me han apoyado en este paso de crecimiento profesional.

A Rocío Vindas: por tantas horas de estudio, apoyo y escucha. Gracias por insistir siempre en “ser lo mejor que se pueda ser” y por tu compañía en este viaje, sos una gran mujer.

A mis supervisoras(es) y profesores(as) del Posgrado, quienes modelaron en mí el amor por la clínica y estuvieron siempre dispuestos a ayudarme.
Marcela S. profundamente agradecida por tu acogida en el Hospital.

A Ale, Angie, Susana, Fedra y Pao. ¡Ustedes saben por qué!

A mis compañeros Residentes de Psiquiatría (Gen 2011) quienes hicieron en muchas formas mucho más agradable este camino: ¡Muchachos ustedes brillan con luz propia, muchos éxitos hoy y siempre!

Hoja de aprobación



Caja Costarricense de Seguro Social

1



Centro de Desarrollo Estratégico e
Información en Salud y Seguridad Social
(CENDEISSS)



Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Postgrado
(SEP)

Programa de Posgrado en Especialidades Médicas Posgrado en Psicología Clínica

APROBACION TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

En calidad de Coordinador Nacional del Posgrado en Psicología Clínica, informo que el Trabajo Final de Graduación “**Diseño de una guía para el tratamiento psicológico del trastorno afectivo bipolar en niños y niñas de seis a doce años de edad**” elaborado por la Licda. Marcela López López, fue sometido a revisión, cumpliendo de esta forma con lo estipulado por la Universidad de Costa Rica y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social, para optar por el título de Especialista en Psicología Clínica.

Dr. Roberto López Core
Coordinador Nacional
Director del Posgrado en Psicología Clínica
Universidad de Costa Rica

Contenido

Resumen

Los trastornos afectivos bipolares (TAB) en la infancia presentan características atípicas, tanto en sus manifestaciones sintomáticas como en las especificidades de su manejo; y su comprensión implica la convergencia de una multiplicidad de factores de índole genético, cognitivo y afectivo.

El interés creciente en el estudio de los trastornos afectivos bipolares, ha permitido que en la actualidad se disponga de alternativas de tratamiento desde distintos campos de la salud mental y que se conozcan los factores de riesgo que provocan que una persona sea vulnerable a padecer un TAB. No obstante, las opciones de tratamiento del TAB pediátrico son aún limitadas, sobretodo considerando la restringida disponibilidad de instrumentos adecuados para el diagnóstico en infantes y los cuestionamientos que generalmente se plantean al uso de fármacos en menores. Afortunadamente, estudios sugieren que es posible desarrollar programas integrales de intervención temprana para disminuir las complicaciones en el desarrollo de los niños y niñas con trastorno afectivo bipolar. Estos instrumentos toman en cuenta la multifactoriedad del trastorno e incluyen procesos de psicoterapia y psicoeducación que son administrados complementariamente al tratamiento farmacológico.

Tomando en consideración las ventajas de la aplicación de este tipo de programas en los sistemas de salud públicos y su incidencia en la mejora de la calidad de vida de los niños y niñas, en esta investigación se diseñó una guía de intervención psicológica que sirva como protocolo de apoyo para robustecer la salud mental de niños y niñas con trastorno afectivo bipolar.

La guía, que consta de una combinación de sesiones de psicoterapia combinada con psicoeducación desde un modelo cognitivo conductual, tiene como norte la asignación de un papel protagónico del usuario(a) en el manejo de su trastorno, mediante el autoconocimiento, el automonitoreo y el manejo de sus manifestaciones sintomáticas. Así, a través de una serie de diecisiete sesiones el usuario(a) y su familia en un contexto terapéutico y lúdico que se ajuste a las características del grupo etario al que se dirige. Cada sesión se enfoca en un tema específico del TAB, y se trabaja por medio de la consecución de objetivos, también en algunas ocasiones se promueven actividades prácticas y tareas para practicar en la casa de acuerdo. Las sesiones pueden aplicarse a razón de una o dos por semana, y están enfocadas en la aplicación individual con el niño(a) y su padre/madre no obstante la naturaleza de las actividades permitiría su aplicación grupal. Por otra parte el modelo hace énfasis en que aunque el TAB es un trastorno crónico, es posible lograr adecuado manejo de los síntomas . *M.L.L*

2 Introducción y planteamiento del problema

2.1 INTRODUCCION

Los trastornos afectivos que aparecen durante la niñez y la pre-adolescencia se pueden clasificar en dos grupos: los de tipo unipolar (depresión) y los de tipo bipolar. El diagnóstico de estos trastornos en la infancia se ha visto marcado por controversias, a favor y en contra; no obstante, en años recientes, el afinamiento de los estudios y planteamientos metodológicos han hecho que se cuente con criterios más claros para diagnosticar y aceptar la existencia de estos padecimientos en edades tempranas (Atienza y Rodríguez, 2007).

La aparición de un trastorno bipolar en la infancia presenta características atípicas, puesto que la manifestación sintomática es diferente a la observada en adultos, confusiones en su comprensión.

El trastorno bipolar está relacionado con múltiples aspectos de orden genético, y se ve influenciado por variables idiosincrásicas como el desarrollo y maduración de cada sujeto (Gutiérrez y Martínez-Rey, 2009).

Por lo tanto, para una amplia comprensión de lo que actualmente se denomina espectro bipolar en poblaciones pediátricas, deben considerarse no solo las manifestaciones sintomáticas sino también, al propio niño o niña, su ambiente socio-familiar y el momento evolutivo en que se encuentra. Esto sin obviar características principales del trastorno como: alteraciones del comportamiento, aparición de conductas explosivas, conducta de hiperactividad, e inclusive la asociación con síntomas psicóticos que, a pesar de haber sido observadas en numerosos estudios, no han sido incluidas aun en el DSM-IV (TR) y el CIE-10.

Asimismo, en la comprensión de los trastornos afectivos bipolares, además de las evidencias asociadas con la contundencia del factor genético es indispensable la incorporación de los factores del medio circundante y la familia.

De acuerdo con el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* los problemas psicosociales y ambientales pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los problemas en salud mental (DSM-IV, 2002, citado por Echeverri, 2010). Por lo tanto destaca la relevancia de profundizar en el conocimiento integral de los factores relacionados con la patología mental y, en especial, con la del trastorno bipolar en niños y niñas, para lograr un acercamiento que permita identificar factores de riesgo y desarrollar estrategias preventivas que contribuyan a un abordaje completo que vaya más allá del síntoma.

De igual forma se enfatiza la función del aspecto familiar, que incide no solo en el manejo del trastorno sino en todas las esferas del desarrollo y crecimiento infantil, planteando una interrogante acerca de las connotaciones particulares del círculo familiar en pacientes pediátricos con trastorno bipolar.

Numerosos estudios compilados por el Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, vol 44 (3) en el año 2005, señalan porcentajes incrementados de este trastorno en niñas y niños de progenitores con dificultades afectivas. Así, se ha encontrado que un infante con un padre bipolar tiene un 27% de riesgo de desarrollar un episodio maníaco; mientras que con los dos padres afectados, el rango asciende a un 50 a 75%, además de un riesgo para presentar otros trastornos del afecto que ronda el 20-40%.

Complementariamente, mientras en la población general la probabilidad de ser diagnosticado con TAB es del 1% (4-24% para trastorno bipolar I y 1-5% para trastorno bipolar II), el riesgo de padecer el trastorno entre hermanos circunda el 19% y en los hijos de pacientes con trastorno bipolar el 22% (American Psychiatric Association, 1994).

Por su parte, los casos de episodios predominantemente maníaco de comienzo precoz parecen tener un riesgo genético superior, ya que el porcentaje de parientes de primer grado con

el trastorno es del 20-30% si el paciente es niño, disminuye al 10% si es adolescente y se ubica en el 3-14% si es adulto (American Psychiatric Association, 1994).

Gutiérrez Casares, Martínez Rey y Pérez Salcedo, (2008), señalan por ejemplo que un pequeño/a con un padre afectivamente disfuncional tiene un 40% de posibilidades de experimentar un episodio de trastorno afectivo antes de los 20 años y a partir de los 25 años este porcentaje se incrementa a 60%.

Se ha afirmado también que los niños y niñas que crecen en hogares con padres con trastornos afectivos crónicos y severos tienen un riesgo más significativo de padecer psicopatologías que aquellos cuyos padres están menos afectados (Rutter, 1966; Weissman, 1972; Wellner, 1997, citados por Cantwell, 1997). Por su parte, el curso y el pronóstico del trastorno están asociados con: la duración total del trastorno depresivo paterno, el número de episodios y el porcentaje de severidad del trastorno (Centre Londres 94, 2008).

De igual forma, Puckering (1989) afirma que hay una fuerte correlación entre el padecimiento de un trastorno mental en los padres y alteraciones en el desarrollo psíquico y cognitivo del niño y la niña. Dicha autora plantea que el impacto de la madre enferma en la salud emocional infantil es mayor que si se trata del padre; por razones asociadas al cuidado primario, que generalmente recae sobre la madre.

Cova y Maganto (2005) igualmente sostienen que la presencia de sintomatología emocional en la madre es un factor determinante en la aparición de comportamientos internalizados (alteraciones y trastornos del ámbito emocional). Así las cosas, se partiría del hecho de que una madre con trastorno afectivo, incidirá, directa o indirectamente, por lo menos en un miembro de su familia.

Por estas razones, en esta investigación se propone indagar sobre las características particulares que reviste la influencia de los trastornos afectivos de los padres en los niños y niñas con trastorno bipolar, con la intención de plantear alternativas de prevención o intervención que

refuercen los tratamientos farmacológicos y que de esta manera contribuyan al bienestar emocional de los niños y niñas.

2.2 JUSTIFICACION

Los trastornos afectivos bipolares son actualmente un tema de discusión en el campo de la salud mental, no solamente por las características que reviste en la infancia sino también porque se ha notado un aumento de la incidencia de estos trastornos según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En forma general la comunidad científica en el campo de la salud mental ha venido haciendo importantes aportes a la comprensión y tratamiento de los trastornos afectivos bipolares, que permiten desarrollar instrumentos de diagnóstico más claros y pautas de tratamiento específicas. No obstante estas investigaciones se han centrado en el paciente adulto, dejando aun grandes interrogantes sobre las particularidades del TAB en poblaciones infantiles.

Dichas particularidades cobran importancia a medida que se comprende la cronicidad del trastorno y su repercusión en el riesgo de la aparición de conductas disfuncionales (Centre Londres 94 de paidopsiquiatría, 2008).

Así, conviene investigar:

- **¿Cuáles son las consecuencias de la aparición temprana de los TAB?**
- **¿Cuáles son los principales factores a asociados o correlacionados con la aparición de estos trastornos en la niñez?**
- **¿Qué alternativas de tratamiento son adecuadas para poblaciones pediátricas con TAB?**

De esta manera se posibilitará un acercamiento integral a la persona, que se materialice en una guía de intervención, adaptada a las características atípicas del trastorno en la niñez que favorezca la efectividad del tratamiento y que constituya un aporte en los protocolos de atención de los sistemas de salud.

Existe una multiplicidad de factores que inciden en el desarrollo, curso y pronóstico de los TAB, que van desde los biológicos, hasta algunos de índole más sociocultural como el familiar (Caraveo, Medina Mora et al,1994). Así, muchos de los niños y niñas, con trastornos afectivos provienen de familias en las cuales al menos uno de los padres (la madre en especial) tiene un trastorno psiquiátrico del tipo afectivo (Beardslee,2001; Cova, 2005; Puckering, 1989; Cantwell, 1989, Dogmar y Lermanda, 2005, y otros).

La familia es el seno en el que el niño y niña (en cualquier circunstancia) establece sus relaciones con el mundo, aprende a hacer frente a los problemas de la vida diaria y adquiere pautas de comportamiento que al reiterarse devienen en rasgos de carácter. Por esta razón resulta necesario conocer que ocurre cuando estos procesos se dan en una circunstancia doblemente adversa; es decir, crecer con un sufrimiento mental como el trastorno bipolar, y además, tener un ambiente familiar marcado por una madre ó un padre con algún trastorno afectivo.

Este proyecto se centra en el trastorno bipolar pues debido a sus características particulares su manejo no es sencillo. El interés es aportar pautas que orienten a una estrategia intervención ó una guía de tratamiento paralela a la terapia farmacológica, mediante dos fases. Para esto la investigación se dividirá en dos fases: una de hallazgos y otra de diseño.

La primera fase se centra en la exposición de los hallazgos encontrados en niños con TAB cuyos padres presentan algún tipo de trastorno afectivo (especialmente madres) y en sus efectos en el adecuado desarrollo. Esto debido a que, como se señaló previamente, los hijos e hijas de padres bipolares presentan un mayor riesgo de padecer el trastorno. Al respecto Eisenbruch (1987) plantea que un tercio de las madres de los niños y niñas remitidos a su clínica presentaron algún trastorno afectivo.

A partir de los hallazgos -y tomando en cuenta que entre un 20 y 40% de los trastornos bipolares en los adultos debutan en la infancia (Pamias, et al 2005)- en la segunda parte de esta investigación se proponen lineamientos de intervención para el TAB en niños y niñas.

Por otra parte, el número de infantes que con el trastorno viene en aumento desde la última década, (Mc Clelland, 2007) lo cual es preocupante ya que un trastorno afectivo mayor perturba el adecuado desarrollo y, al ser crónico, los acompañará hasta la edad adulta.

A pesar de la paulatina aceptación del diagnóstico y de que en años recientes se han desarrollado estrategias e instrumentos para el “screening” de TAB, en la actualidad no hay una cantidad suficiente de estudios que indaguen sobre el impacto del trastorno en la población infantil costarricense, su prevención y tratamiento. Esto marca una necesidad apremiante ya que desconocemos el calibre de la problemática y su interrelación con el abordaje multiaxial. Lo cual desfavorece el desarrollo de intervenciones tempranas que pudieran reducir el riesgo de complicaciones en la vida.

Finalmente, según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en 2005 alrededor de un 20% de los niños, niñas y adolescentes en América Latina sufrían de un trastorno mental que exigía el apoyo de los servicios de salud; por lo tanto, es prioritario que los profesionales de la salud brinden atención a este tipo de demandas en procura del bienestar de la población.

2.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Es posible disponer de una guía ó protocolo de intervención para niños y niñas con trastorno afectivo bipolar?

2.4 OBJETIVOS

2.4.1 Objetivo general

Proponer, con base en un enfoque terapéutico y psicoeducativo, una guía de intervención ó protocolo para niños y niñas con trastornos afectivos bipolares, con el propósito de facilitar el abordaje sistematizado de este tipo de trastornos en poblaciones pediátricas.

2.4.2 Objetivos específicos

1. Identificar hallazgos que sustentan un tratamiento psicoterapéutico adecuado para niños y niñas con trastorno bipolar, como base para la elaboración de una guía o protocolo de tratamiento.

2. Generar discusión sobre la importancia del tratamiento temprano de los niños y niñas con trastornos bipolares, especialmente cuando se ha identificado alguno de sus padres con trastorno afectivo.

3. Realizar una revisión bibliográfica actualizada sobre los TAB en la infancia para robustecer la comprensión de este tipo de trastornos desde el sistema de salud costarricense.

3 MARCO TEORICO

3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El interés por el trastorno bipolar en edades tempranas inicia desde la época Kraepeliniana; de igual modo, otros autores como Bleules y Esquirol cultivaron estudios incipientes (Gutiérrez Casares, Martínez-Rey y Pérez Salcedo, 2008). Sin embargo, no fue sino hasta los años setenta que se reconoció la diferenciación de las características propias de los trastornos afectivos en la niñez; las cuales se agruparon en lo que se denominó “Síndrome variante de la enfermedad Maníaco Depresiva” (Davis, 1979).

Posteriormente, Weller (1989) propuso, a partir de una revisión de 157 casos de niños, niñas y adolescentes con cuadros psiquiátricos severos, que el 50% de los mismos cumplía con criterios de Manía y habían sido diagnosticados previamente con alteraciones de conducta, trastorno por déficit de atención con hiperactividad o esquizofrenia, lo cual lo llevó a sospechar que esta patología había estado infra diagnosticada en el caso de la niñez.

A pesar de esta observación precursora, hasta hace poco, la psiquiatría ignoró su existencia y en la actualidad ya aún es un tema lleno de controversias, no sólo por su presentación atípica en comparación con la manifestación en los adultos, sino también porque se traslapa con otras alteraciones del desarrollo de las que no se dispone de juicios clínicos suficientes ni concluyentes.

Históricamente, en los años 60, Anthony & Scott (citado por Cantwell&Carlson, 1987) proclamaban hechos polémicos acerca de la existencia del TAB en la infancia y la adolescencia, tales como:

- Que el origen del TAB estaba basado en la presencia de variaciones del estado de ánimo, pero que tales variaciones eran parte del desarrollo normal en la niñez y primera infancia.

Esto es, que muchos de los síntomas considerados como manía no eran considerados patológicos en ciertas edades; por ejemplo la descripción que hizo Gesell en 1940 de un niño de cuatro años “alborotador y descontrolado” (incluyendo periodos intermitentes de tontería, necesidad, grandiosidad, problemas de sueño, conducta caprichosa en torno a la comida, locuacidad, y lo que podría denominarse fuga de ideas), obedecía en realidad a la forma normal de asociación de ideas característica del proceso pre-lógico infantil.

- El cuestionamiento de si los cambios de humor eran alteraciones de la personalidad y no fases activas de manía o depresión. Por lo tanto debatía si estos cambios son pródromos o una forma temprana de TAB

3.2 DEFINICIÓN

El trastorno bipolar pediátrico es definido como un desequilibrio emocional que causa severas fluctuaciones en el estado de ánimo, la energía y la conducta. Anteriormente se conocía como enfermedad “maníaco depresiva” (*Child and Adolescent Bipolar Foundation, 2007*), ya que los síntomas se mueven entre dos grandes polaridades: la depresión y la manía.

La complejidad y diversidad de estas fluctuaciones hace que en la actualidad se prefiera aludir a este trastorno como “**espectro bipolar**”, ya que se compone de varios subtipos (Akiskal y Vázquez, 2006).

3.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Actualmente los estudios confirman que la presentación clínica del TAB en la población pediátrica es diferente a la de los adultos, lo que ha creado gran controversia en la última década (Díez, Soutullo, & Gamazo, 2006). La principal diferencia es que en los niños y niñas la fase de manía se caracteriza por la presencia de irritabilidad más que euforia. Además se señala que el curso es continuo y no tan episódico como en los adultos, y los episodios son más cortos, incluso

inferiores a una semana, lo que hace que no se cumpla exactamente con los criterios del DSM-IV-TR.

Por otra parte cuando se trata de niños y niñas se debe hacer referencia a un “ciclaje rápido”, mayor presencia de síntomas psicóticos y estados mixtos. Se debe añadir que la comorbilidad es mayor y la respuesta al tratamiento suele ser más pobre que en adultos (Geller 2000 citado por Díez et al., 2006) por lo cual se acentúa la necesidad de idear formas de tratamiento más ajustadas a su realidad.

Incluso los síntomas reportados como característicos en los y las pacientes jóvenes tienen particularidades. Una revisión bibliográfica realizada por Kowatch y colaboradores en 2005 (citado por Díez et al., 2006), encontró que en menores de 18 años los síntomas más frecuentes son el aumento de energía, la distractibilidad, la presión del habla, la irritabilidad y la grandiosidad. Junto con eso, la mayoría presentaban euforia, humor expansivo, falta de sueño y alteraciones de la capacidad de juicio. El mismo autor encontró que en la mitad de los casos se observó fuga de ideas y una tercera parte de ellos, síntomas psicóticos e hipersexualidad (Díez et al., 2006).

Otra especificidad es que los síntomas del trastorno bipolar de inicio temprano no se logran detectar con facilidad, ya que pueden pasar inadvertidos como “rabieta” o “problemas de conducta”. Además frecuentemente se confunden con el déficit de atención con hiperactividad, el trastorno negativista desafiante o el trastorno de conducta. En algunos casos, al confundir el diagnóstico y prescribir estimulantes se detona la presentación de síntomas maníacos o psicóticos (Díez et al., 2006) lo cual, claramente, representa un riesgo.

Diferentes autores han cuestionado si es conveniente extrapolar a niños, niñas y adolescentes los síntomas de depresión y manía utilizados para el diagnóstico en adultos pues sus cambios evolutivos podrían conducir a falsos positivos. Así por ejemplo, se ha sugerido que cambios biológicos, como las variaciones en patrones de sueño y niveles de actividad, son los

responsables de la aceleración o agitación psicomotriz típicas de las distintas fases del TAB (Cantwell&Carlson, 1987).

De manera simplista, algunas veces se supone que el comportamiento *aberrante, extravagante y alocado* es parte habitual de las conductas infantiles, o que la depresión es solo una reacción a los conflictos y decisiones de los jóvenes (Cantwell & Carlson, 1987). En tal situación, la negación de la psicopatología de esos comportamientos revelaría un enfoque clínico únicamente centrado en el síntoma que interpreta las alteraciones como parte del crecimiento “normal”.

Según el CIE-10, los trastornos bipolares se subdividen en:

1. **Episodio maníaco:** incluye Trastorno bipolar aislado, episodio maníaco aislado, Hipomanía, Manía sin síntomas psicóticos, Manía con síntomas psicóticos, Otros episodios maníacos, episodio maníaco sin especificación

2. **Trastorno Bipolar.** A su vez subdivido en: Trastorno bipolar episodio actual hipomaníaco, Trastorno bipolar ,episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos, Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos, Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado (sin síndrome somático, con síndrome somático) Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos, Trastorno bipolar episodio actual depresivo con síntomas psicóticos, Trastorno bipolar, episodio actual mixto, Trastorno bipolar ,actualmente en remisión, otros Trastornos bipolares, Trastornos bipolares.

No obstante hay que señalar que algunos autores plantean limitaciones del CIE-10 y el DSM-IV-TR, en especial haciendo referencia a que estos criterios están desarrollados para adultos y no específicamente en niños y niñas, sin tomar en cuenta que ellos exhiben fluctuaciones de duración más corta y de variable intensidad caracterizadas por la labilidad y la euforia (Kowatch,et al 2005).

Por lo tanto, resulta ventajoso complementar los criterios descritos en el CIE-10 y DSM-IV-TR con otros modelos como el planteado por DiAz Atienza y Blánquez (2006), de acuerdo

con el cual las principales manifestaciones en niños y niñas son las que se presentan en la siguiente figura:

Figura : Modelo explicativo del TAB infantil

Fuente: Díez Atienza y Blázquez (2006)

En este modelo el TAB se considera como un trastorno severo que amerita intervención no solamente farmacológica sino también psicosocial. Igualmente propone que la edad del niño/niña, es un factor determinante para el diagnóstico y que a menor edad hay mayor probabilidad de equivocarse en el diagnóstico.

El mismo autor hace énfasis en la atipicidad de los síntomas del TAB pediátrico; ya que, contrario a lo que sucede en adultos, las alteraciones oscilan de manera más rápida. En los niños y niñas las manifestaciones más comunes se presentan como una mezcla de síntomas de manía, depresión e irritabilidad de forma más o menos continuada.

En los niños y niñas con TAB, la tristeza –tal y como es comúnmente tipificada- es la característica menos marcada, ya que en estos casos reviste la forma de aislamiento, irritabilidad crónica y llanto fácil por razones no justificadas. Aunado a lo anterior, podría ó no presentarse la ideación suicida.

Por otra parte los síntomas de manía incluyen júbilo, pensamiento grandioso, taquialia, conductas hipersexualizadas y disminución en la necesidad de sueño (Child and adolescent Bipolar Foundation, 2007).

3.4 DIAGNÓSTICO DEL TAB EN NIÑOS Y NIÑAS

La importancia de la precisión diagnóstica se debe a que si un TAB no es identificado, se priva al niño o niña de un tratamiento biológico y psicosocial adecuado, y de la prevención de daños más graves en el funcionamiento a largo plazo. Empero, es indispensable señalar que sobrediagnosticar trastornos bipolares es riesgoso debido a las consecuencias sociales y estigmatización asociadas con el padecimiento y a que no se conocen todos los efectos a largo plazo de los eutimizantes y antidepresivos (Kim & Miklowitz, 2003).

Además es bien conocido que la identificación precoz de TAB así como las intervenciones tempranas, mejoran el pronóstico y el curso del trastorno.

Vázquez (2005) enfatiza que la identificación precoz de TAB así como las intervenciones tempranas, mejoran el pronóstico y el curso del trastorno. Primero, porque la repetición de episodios incrementa el riesgo de futuras recaídas y la presencia de mayores alteraciones cognitivas. Y luego, porque interviene directamente sobre la denominada “hipótesis de la cicatriz” que afirma que el daño neurocerebral producido por los episodios determina una mayor propensión a las recaídas y aumenta la expresión psicopatológica del cuadro.

Actualmente continua siendo un tema de discusión si el trastorno bipolar infanto-juvenil es una condición prodrómica al trastorno bipolar adulto o bien, su instalación temprana. Esto sustentado en estudios que afirman que adultos con TAB presentaban desde la infancia alteraciones conductuales y afectivas. Así, hasta 59% de adultos con un diagnóstico de trastorno afectivo bien declarado, han referido que su sintomatología inició en la infancia y adolescencia (Egelan, 2000 citado por Vázquez, 2005).

Finalmente, el resto de las controversias con respecto al diagnóstico, están relacionados con la diferenciación de los comportamientos apropiados y esperados de acuerdo con el desarrollo psicosocial de los niños, niñas y adolescentes, respecto a los comportamientos que serían considerados patológicos.

3.4.1 Examen Mental del niño/niña bipolar de acuerdo con Gutiérrez Cassares, Martínez Rey y Pérez Salcedo (Centre Londres 94 Paidopsiquiatría, 2008)

No hay alteraciones en la conciencia, la orientación y la capacidad intelectual.

- Atención y Memoria: Distractibilidad fácil
- Afecto: En el trastorno nuclear puede aparecer expansivo o elevado, el niño o la niña se puede mostrar más contento de lo que la situación lo amerita. Otra característica ya señalada es la irritabilidad, en forma de estallido de enojo, beligerancia o brusquedad.
 - Curso del lenguaje o pensamiento: puede ser rápido o apresurado, hasta puede volverse ininteligible o difícil de seguir, el pensamiento acelerado con presencia de fuga de ideas.
 - Contenido del pensamiento: Tendencia a la grandiosidad y a la autoestima exagerada, puede llegar al extremo delirante.
 - Sensopercepción: Puede haber aparición de síntomas psicóticos en la manía, lo que conduce en ocasiones al diagnóstico errático de la esquizofrenia.
 - Psicomotricidad: Incremento en la actividad psicomotora, paso rápido de una actividad a otra incapacidad para finalizar las tareas.
 - Trastorno de los impulsos: pueden involucrarse en actividades placenteras que conllevan riesgos importantes.
 - Apariencia, conducta y comportamiento: Pueden mostrarse desinhibidos, y a la vez más grandiosos.

3.4.2 Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial es importante por sus implicaciones en el diseño de alternativas de tratamiento.

Como se reitera a lo largo de esta revisión los criterios diagnósticos empleados en adultos, con frecuencia no son válidos para diagnosticar a niños y niñas, ya que resultan muy

estrictos para este grupo de edad (Díez et al., 2006; Kim & Miklowitz, 2003). Además, es claro que las investigaciones no concluyen tipos de enfermedad bipolar I y II en la infancia y adolescencia, tal como sí se hace con adultos.

Sin embargo, para mejorar el diagnóstico diferencial, se han propuesto tres fenotipos del cuadro bipolar pediátrico: fenotipo estrecho, intermedio y ancho (Díez et al., 2006).

Fenotipo estrecho: padecen episodios recurrentes de depresión mayor y manía con la duración exigida por el DSM-IV. Esto es, una manía con la duración de una semana y además uno de los llamados síntomas cardinales: euforia o grandiosidad.

Fenotipo intermedio: son usuarios que presentan irritabilidad pero sin euforia ni grandiosidad, o aquellos cuyos episodios de manía no cumplen el criterio de duración.

Fenotipo ancho: es el más frecuente. Se caracteriza por irritabilidad importante, tormentas afectivas o rabietas intensas, labilidad emocional, impulsividad, ansiedad, dificultades de concentración e hiperactividad sin seguir un patrón claro de episodios diferenciadas (Leibenluft y cols. citado por Díez et al., 2006).

El diagnóstico diferencial en adultos se debe realizar especialmente con respecto a la esquizofrenia y al abuso de sustancias. Mientras tanto, en pacientes muy jóvenes, el principal diagnóstico diferencial es sopesado con Déficit Atencional (TDAH). Con este diagnóstico se tiene en común que los niños y niñas tienden a ser: distraídos, habladores, con sueño reducido e inquietos, con actividad psicomotriz elevada e impulsividad (Díez et al., 2006).

Otras patologías que es necesario diferenciar son: trastorno negativista desafiante o de conducta, abuso sexual, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, depresión agitada, trastorno de estrés postraumático, trastorno límite de personalidad, abuso de sustancias, trastornos del lenguaje, trastornos generalizados del desarrollo y problemas médicos (Díez et al., 2006).

Además, muchas veces los mismos trastornos con los que se debe hacer el diagnóstico diferencial, pueden ser comórbidos, especialmente el TDAH. También es frecuente la

comorbilidad con trastornos de la conducta o negativista desafiante, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias (Díez et al., 2006).

Complementariamente, también es apropiado considerar la diferenciación con: la sintomatología con encefalitis, hipertiroidismo, epilepsia y tumores cerebrales. Además, no se deja de lado que hay varios fármacos, usados en niños y niñas, que pueden producir manía, tales como: los esteroides (sistémicos o inhalados), la pseudoefedrina y los derivados de las amfetaminas (metilfenidato) (Díez et al., 2006).

Como recomendación se indica que en cualquier niño, niña y adolescente con deterioro funcional grave asociado a síntomas del humor o a síntomas psicóticos, se debe considerar el diagnóstico de TAB.

El mayor debate con respecto al diagnóstico diferencial del trastorno bipolar en niños, niñas y adolescentes radica en la dificultad para distinguirlo del déficit atencional; cuestionándose si el TDAH es una alteración pre mórbida del TAB, es un trastorno comórbido, o si el traslape se debe a un diagnóstico equivocado de los casos graves de TDHA. También existen dudas acerca de la influencia del TDAH en el curso del trastorno bipolar.

Por su parte, la segunda fuente de discusión consiste en el diagnóstico diferencial entre el TAB y el trastorno de conducta (TC). En este sentido, la disputa se refiere a definir si ambos trastornos son comórbidos o simplemente una sola entidad que se imita una a la otra.

Con relación a la comorbilidad entre el TDAH y el trastorno bipolar, los estudios revelan tasa elevadas. Algunos apuntan una comorbilidad de un 91% con TDAH y 74 % con TDAH y TOD/TC (Carlson citado por Kim & Miklowitz, 2003); mientras que otros han encontrado tal comorbilidad en menores cifras (23%). Asimismo, la concurrencia entre trastorno bipolar y trastorno de conducta presenta, en algunos estudios, una elevada concurrencia (69%) a lo largo de la vida en niños y niñas y preadolescentes; mientras otros estudios lo sitúan en 40% de los jóvenes (Biederman et al. citado por Kim & Miklowitz, 2003).

A nivel fenomenológico, es también substancial conocer el solapamiento de los síntomas entre manía, TDHA y TC. La lista de síntomas entrecruzados entre el TAB y el TDAH son: distractibilidad, hiperactividad motora, déficit de atención, fuga de ideas, impulsividad, habla rápida o apresurada e irritabilidad. Algunos de estos síntomas no son parte de los criterios diagnósticos de la manía, pero sí del TDAH; pese a esto sí se consideran síntomas tanto para el diagnóstico bipolar como para el TDAH. Carlson (citado por Kim & Miklowitz, 2003), señala que sólo la euforia y la grandiosidad son síntomas exclusivos de la manía, pero precisamente estos elementos son relativamente raros en el trastorno bipolar infanto juvenil.

Un estudio de Wozniak (citado por Kim & Miklowitz, 2003) publicó que en prepúberes con criterios para la manía, el 77% tenía humor irritable, el 9% humor exaltado e irritabilidad, y el 5% sólo humor exaltado. El 9% restante reportaban sentirse llenos de energía o con muchos pensamientos.

En contraparte, algunos investigadores, como la Dra. Geller de la Universidad de Washington, sostiene que el TAB infanto-juvenil puede distinguirse del TDAH. Mediante la prueba WASH-U-KSADS (descrita más adelante en este documento), Geller encontró que todos los ítems de manía estuvieron superiormente presentes en el grupo bipolar con respecto al grupo con TDAH, a excepción de los síntomas de hiperenergía y distractibilidad. Por ejemplo, el 85% de los niños y niñas bipolares presentaban grandiosidad, frente al 6.7% de la población infantil con TDAH. Por su parte la euforia, estaba presente en el 86.7% de los niños y niñas con TAB, mientras que sólo el 5% de los que sufrían TDAH reportaron este resultado. Pese a esto, se critican algunas debilidades de este modelo y se duda de la capacidad de generalizar los resultados (Kim & Miklowitz, 2003).

Otros autores han señalado que se debe sospechar que un niño o niña con TDAH sería en realidad un TAB, si los síntomas aparecen luego de los 10 años, o si su inicio es abrupto en niños considerados “sanos”. Otros indicadores de sospecha son: cambios de humor, severos altibajos del humor, berrinches o rabietas, alucinaciones o delirios y, por supuesto, cuando se tiene una

historia familiar clara de trastorno bipolar. También la falla en la respuesta a estimulantes, cuando previamente se había respondido positivamente (Horst, 2009).

La falta de definiciones operativas consensuadas es una debilidad que hace más difícil la tarea de discriminar los trastornos. Por ejemplo, ¿a qué se llama grandiosidad a los 8 años y a los 15 años?, ¿en qué punto el reír ó hacer tonterías pasa de una conducta infantil normal a un indicador claro de manía? Esto depende de la interpretación clínica de cada observador (Kim y Miklowitz, 2003).

Lo mismo ocurre con el término irritabilidad, que solamente en el DSM-IV TR, es un síntoma no específico de trastornos de la conducta, depresión mayor, desorden de ansiedad generalizada y desorden de estrés post-traumático. También es parte de la lista de síntomas del TDAH y el autismo. Por eso es un término con poca especificidad (Horst, 2009), pero clave en el diagnóstico diferencial del TAB.

Es así como con relación a la manía y el trastorno de conducta (TC), los síntomas en común son: irritabilidad, hostilidad e impulsividad. La irritabilidad es un síntoma muy frecuente en niños con otros trastornos psiquiátricos; sin embargo, la irritabilidad propia de la manía en niños y niñas se caracteriza por ser más grave y violenta y con consecuencias muy similares a la de aquellos con un TC. Para ilustrar, el nivel de la irritabilidad presente en un niño o niña con manía podría describirse así: “algunos niños o niñas (con trastorno bipolar) cuando están irritables utilizan cuchillos para amenazar a los otros, para apuñalar los muebles o el suelo, o para cortarle la cola al gato...”, “Un niño intentó asfixiar a su madre con una almohada” (citado por Kim & Miklowitz, 2003, pg.87). Otros comportamientos que son apropiados tanto para el TAB y el TC son la conducta social inadecuada, las conductas sociales desinhibidas, y las demostraciones de poco juicio, tales como robar las tarjetas de crédito de los padres.

El TC tiene en periodo prodrómico largo que consiste en el rompimiento progresivo de reglas, de las más leves a las más graves. La manía por el contrario, tiene un inicio brusco de conducta impulsiva pero es muy difícil de visualizar cuando está presente una historia de TDHA

o TC. También se ha considerado que otros factores podrían ayudar como elementos diferenciales, tales como: la edad de inicio, la naturaleza del ánimo alterado y el curso de cada trastorno, pero la evidencia no ha logrado sacar conclusiones al respecto (Bowring & Kovacs citado por Kim & Miklowitz, 2003).

El grupo de investigación de Biederman (citado por Kim & Miklowitz, 2003) se interesó en estudiar el solapamiento de síntomas en pacientes infantojuveniles con manía y trastornos de conducta. Entre los resultados se destaca que la frecuencia de síntomas maniacos era similar tanto para niños o niñas sólo con manía, como para aquellos diagnosticados con manía más trastorno de conducta. En este grupo comórbido, sólo sobresalían dos síntomas: inquietud y falta de juicio. Por otro lado, los y las jóvenes con manía (independientemente de tener sólo manía o manía con otro trastorno comórbido) presentaban: un ánimo irritable, un curso crónico y estados mixtos.

Al analizar niños y niñas con síntomas de TC comparados con aquellos que comórbidamente presentaban TC y manía, se encontró poca diferencia en la frecuencia de los síntomas y únicamente la agresión era mayor en el grupo de comorbilidad.

Otro resultado interesante es que, al comparar los grupos, se concluyó que el grupo de niños, niñas y adolescentes con TAB+TC, era el que presentaba los síntomas más graves, en relación a los grupos que solo padecían uno de los dos trastornos.

Finalmente, una última controversia en cuanto al diagnóstico diferencial ha sido la desarrollada por Milberger, Wozniak, Biederman y Geller (citado por Kim & Miklowitz, 2003), quienes han sugerido que los síntomas maniacos en los casos pediátricos son indicadores de un trastorno bipolar de inicio precoz. En el mismo estudio se registran los resultados de Carlson, que en resumen, encontraron que los menores con manía presentaban puntuaciones más altas en ansiedad y depresión en comparación con los jóvenes con TDHA, TC y TOD, cuando se controlaban los síntomas disruptivos. De esta forma, concluyeron que los síntomas maniacos

son indicadores de un verdadero trastorno bipolar, o ruido que indica la gravedad psicopatológica general.

Como conclusión, se puede decir que aunque hay diferencia entre el trastorno bipolar infanto-juvenil, el TC y el TDAH, su diagnóstico requiere de gran juicio clínico y de la posibilidad de medir y comparar, de forma independiente, la gravedad de los síntomas.

Con relación al diagnóstico diferencial cuando se presenta una manía con psicosis, el principal cuadro de comparación se debe hacer en relación al espectro de las esquizofrenias o trastornos afectivos por consumo de sustancias. Esto se daría especialmente en pacientes jóvenes que presentan una manía más precoz.

3.5 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL TRASTORNO BIPOLAR

Para la exploración de la psicopatología del niño, niña y adolescente, es imprescindible una evaluación adecuada, cuya principal herramienta es la entrevista profunda y detallada tanto con el menor como con los padres o cuidadores. Como complemento, se cuenta con instrumentos tanto de tamizaje como de pruebas psicodiagnósticas que ayudan a confirmar o rechazar las hipótesis diagnósticas; entre estas la literatura revisada destaca las siguientes:

a. **WASH-U-K-SADS** (*Washington University in St. Louis Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*): entrevista semiestructurada, con secciones específicas y buena validez para el diagnóstico diferencial entre el déficit atencional y el trastorno bipolar (Díez et al., 2006). Tiene una lista exhaustiva de síntomas afectivos, así como otros síntomas de otros trastornos afectivos mayores. También documenta el inicio y la terminación de los ciclos.

b. **-YMRS** (*Young Mania Rating Scale*). Basado en los síntomas del DSM IV y es un cuestionario que se administra a los padres. Su principal objetivo es diferenciar el trastorno afectivo bipolar del TDAH. Esta prueba no debe considerarse una prueba diagnóstica sino más bien un instrumento de tamizaje que debe utilizarse en conjunto con la historia del TAB, el

examen mental y la historia familiar. También identifica cómo los síntomas interfieren en el funcionamiento del niño o niña e incorpora ítemes específicos para cada edad, en poblaciones entre 5 a 17 años de edad. Además se identifican síntomas psicóticos asociados a la manía (Pavuluri, 2006). Un puntaje de 25 significa manía, 20 hipomanía y 13 potencial para desarrollar algún trastorno de esta índole.

c. **CMRS (*Child Mania Rating Scale; parent version*)**. Escala de 21 ítemes desarrollada por Pavuluri, Henry, Devinemi, Carbray, Birmaher, basada en los síntomas del DSM IV. Esta escala se administra a los padres en 10 ó 15 minutos y se contesta en una escala tipo Lykert. Cada ítem se considera aplicable siempre y cuando la conducta sea inadecuada para la edad del niño o niña y haya sido un problema en el último mes. Cuenta con una validez y consistencia interna bastante fuerte (al 96%). Diferencia entre niños y niñas sanos, con manía y con TDAH. En la escala, un puntaje mayor a 20 indica que el niño o niña requiere un profesional para ser valorado y un puntaje de 35 puntos sugiere un cuadro franco de manía (Pavuluri, 2006).

d. **Mood and feelings questionnaire**. Cuestionario desarrollado por Costello y Angold en 1988. Cubre un amplio rango de síntomas cognitivos y neurovegetativos. Existe en versión para infantes y para padres. Se utiliza cualitativamente debido a que no ha sido validado (Burlison et al., 2006).

e. **Rorschach**. Esta prueba psicológica ha sido estudiada ampliamente y se han utilizado varios sistemas para su interpretación. En Costa Rica, en el área clínica se utiliza el análisis cualitativo de las láminas, sin embargo es también frecuente el uso del Sistema Comprensivo de Exner (RIAP-5), método que sistematiza la administración y la codificación de las respuestas. En la actualidad, cuando es utilizada bajo el sistema de Exner, es una prueba que consta de gran evidencia científica que podría ser de utilidad incluso en contextos forenses.

En el caso de su aplicación a niños, niñas y adolescentes, el **Rorschach** proporciona además, una descripción de la estructura de personalidad incipiente y considera un “Yo” todavía

inmaduro pero que posee una estructura definida según la etapa evolutiva. Sería simplista referirse a este test como un instrumento proyectivo, ya que contempla muchos elementos como: la actividad imaginativa y la fantasía inconsciente, las relaciones de objeto, la afectividad, el modo de manejar la angustia, los impulsos y defensas, los intereses, el pensamiento, el estilo cognitivo, etc.

Cuando el **Rorschach** es aplicado en la infancia y la adolescencia, requiere una interpretación que contemple experiencia y conocimiento sobre los estados evolutivos, y que integre su desarrollo perceptivo y emocional, sus conflictos, lenguaje y manera de pensar según la edad (Campo, 1995).

Tal y como fue demostrado por Singer y Brabender en 1983, esta prueba es incluso capaz de diferenciar entre un trastorno unipolar y bipolar en adultos; y aunque esto no ha sido posible en niños, niñas y adolescentes, su uso en la infancia ha sido defendido por la literatura desde la década de los ochentas. Decina y colaboradores (1983) realizaron varios tests en niños entre 7 y 14 años con un diagnóstico de trastorno bipolar, encontrando importantes indicadores de psicopatología, un mejor CI verbal que de ejecución en el WISC-R, así como mayor número de determinantes de color con respecto al movimiento en el Rorschach. Se menciona que en la muestra utilizada la mayoría fueron personas zurdas.

Por otro lado, Arboleda y Holzman (1985) evaluaron con la prueba Rorschach a una muestra con edades entre 5 y 16 años, utilizando el Índice de Desorden de Pensamiento del Rorschach y hallaron que este índice diferencia entre niños y niñas con trastornos psicóticos y de alto riesgo a la psicosis con respecto a niños y niñas hospitalizados no psicóticos y sanos. Además concluyeron que el Rorschach es un buen instrumento para valorar el pensamiento como un precursor potencial para estudios de casos pediátricos con riesgo de esquizofrenia y enfermedades bipolares.

La posibilidad de utilizar el Rorschach para la valoración del pensamiento en niños y niñas también fue confirmada por un estudio de Osher y colaboradores (2000), en el que

evaluaron con la prueba hijos e hijas sanos con padres bipolares. Encontraron que estos niños y niñas daban respuestas iguales a las de sus padres bipolares en cuanto a las siguientes características: mayor incidencia y severidad de problemas de pensamiento, menos respuestas afectivas mediadas por cogniciones, pocas respuestas que indicaban una percepción convencional. Los investigadores sugieren que estas medidas podrían ser utilizadas como marcadores del trastorno bipolar.

3.6 INICIO Y CURSO DEL TRASTORNO BIPOLAR (TAB)

La edad de inicio del trastorno bipolar ha sido también tema de discusión incluso algunos estudiosos han intentado clasificar los subtipos clínicos de TAB a partir de la edad de inicio, basándose en la hipótesis de que un inicio más temprano estaría mayormente asociado a las cargas genéticas o a la expresión sintomática (Vázquez, 2005; Kim & Miklowitz, 2003).

El inicio de la manía antes de los 18 años ha sido una variable determinante en el curso y pronóstico del trastorno. Un episodio de manía en estas edades se asocia a niveles más altos de energía, mayor tendencia al suicidio y menores alteraciones del sueño (Sax 1997 citado por Vázquez, 2005). Estas personas tienden a ser varones con alteraciones conductuales, hiperactividad en la infancia, cuadros de pánico, consumo excesivo de sustancias, síntomas psicóticos, un peor pronóstico y poca respuesta al litio.

Otra situación en la que hay consenso es que el TAB en la juventud es más crónico y refractario al tratamiento que en adultos y que su presentación involucra problemas crónicos en la regulación del afecto, las emociones, y la conducta en respuesta al estrés y al conflicto (Horst, 2009)

Usualmente, la naturaleza episódica del trastorno bipolar se considera una característica sustancial y un requisito para quienes continúan teniendo una posición conservadora en el diagnóstico en población infante juvenil (Horst, 2009). Sin embargo, la mayoría de autores

apuestan en contra de ese criterio; pues estipulan que en casos pediátricos no es apropiado porque su presentación no es típica. Además, no es claro si este rasgo se da en una etapa prodrómica o inicial del trastorno. Estudios recientes demuestran que los niños, niñas y adolescentes tempranos tienden a presentar un curso no episódico y crónico, y patrones continuos de ciclaje rápido; mientras que adolescentes tardíos y adultos presentan un curso con fases definidas, alternando con periodos sin síntomas. Así, para estos autores, el carácter fásico del trastorno bipolar no es un criterio seguro ni necesario para diagnosticar un TAB cuando se trata de poblaciones infantiles.

La mayoría de los y las jóvenes bipolares presentan estados mixtos, los cuales son poco frecuentes en los adultos (Kim y Miklowitz, 2003). El ciclaje rápido del afecto, incluso múltiples veces en un solo día o mayor a 365 ciclos por año, ha sido definido como “ciclado ultradiano” y se ha encontrado hasta en un 77% de los niños bipolares (Horst, 2009).

Strober y colaboradores (2007), identifican como un problema la escasez de estudios longitudinales acerca de la manifestación pediátrica de los TAB y que la mayoría sean prospectivos. El TAB en los niños, niñas y adolescentes se considera sin cuestionamiento como el inicio de un *continuum* hacia el TAB bipolar adulto. Varios estudios, efectivamente han confirmado la continuidad de los síndromes bipolares, especialmente el tipo II y los espectros sub-agudos. Otros estudios han sido cuestionados porque no incluyen todos los subtipos del espectro bipolar, por lo que no se pueden extraer conclusiones.

Con respecto al pronóstico, un peor resultado se asocia a la presencia de: inicio temprano, larga duración, bajo estatus socio-económico, episodios mixtos o de ciclado rápido, psicosis, síntomas subsíndromos, desordenes comórbidos, exposición a eventos negativos en la vida y psicopatología familiar (Horst, 2009).

3.7 EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología del trastorno bipolar en niños, niñas y adolescentes es sumamente compleja. En la investigación ha sido un problema el tamaño de las muestras de los estudios y las diferencias entre los sistemas de clasificación (CIE-10 y DSM-IV) (Díez et al., 2006).

Por eso, se cree que en la población infantil hay infra diagnósticos o diagnósticos erróneos, por lo que solamente una pequeña cantidad de casos, posiblemente los más graves, son los que reciben la atención necesaria (Díez et al., 2006).

La edad mínima requerida para el diagnóstico no se ha establecido claramente. Se sabe del diagnóstico de preescolares, pero la validez de esta práctica no está determinada. Un grupo de la Administración de Alimentos y Drogas de USA –FDA- fijó la edad en 10 años, debido a la dificultad de realizar un diagnóstico a menor edad (Horst, 2009).

En la población preadolescente no se encontró ningún estudio epidemiológico, a pesar de que la mayoría de adultos con TAB reconocen haber presentado síntomas desde antes de los 20 años, por lo que en Estados Unidos se estima que la prevalencia del espectro bipolar en dicho país en menores de 18 años es de aproximadamente el 1%, similar a la de los adultos. En Reino Unido se reporta 0%, en Holanda 1.9% y 4% en España (Díez et al., 2006).

Con respecto al género, el TAB se distribuye por igual entre hombres y mujeres adultos. Sin embargo, cuando inicia en la niñez y adolescencia, se trata principalmente de varones, especialmente cuando los síntomas ocurren antes de los 13 años (Horst, 2009).

3.8 SITUACIONES DE RIESGO Y TAB

La relación entre trastorno bipolar, problemáticas psicosociales y tasa de suicidio ha sido poco estudiada. Investigaciones han dejado clara la comorbilidad diagnóstica de la manía juvenil con trastornos de la externalización, para quienes generalmente poseen múltiples enfermedades diferentes (Strober, 2007).

Los estudios clínicos y los epidemiológicos determinan que el TAB se asocia con altas tasas de alcoholismo, drogadicción, trastornos de ansiedad, TDAH y trastornos disruptivos. Algunos indicios en muestras pediátricas han sugerido que el uso de sustancias en los espectros bipolares se asocian a una edad de instauración más temprana y a historia de hiperactividad en la infancia, así como un riesgo de alcoholismo en el seguimiento a largo plazo (Strober, 2007).

Carlson (citado por Strober, 2007), demuestra que la edad en el momento del surgimiento de los primeros síntomas y la historia de psicopatología infantil se relacionaban con los resultados funcionales y clínicos a corto plazo en pacientes con cuadro bipolar tipo I del subtipo psicótico. O sea, que si se instala antes de los 19 años de edad, se pronostica una persistencia y la presencia de la psicopatología durante la niñez, así como un peor funcionamiento.

Respecto al impacto psicosocial algunos estudios han encontrado que los niños, niñas y adolescentes con trastornos bipolares y depresivos muestran dificultades para hacer y mantener amigos, también reportan conflictos con la mayoría o todos los miembros de la familia que comparten la casa. Además, refieren mayores problemas de ajuste y acompañados un trabajo de poca calidad en la escuela (Fristad et al., 2003).

3.9 TRATAMIENTO

3.9.1 Tratamiento farmacológico.

El uso de fármacos en casos infanto juveniles debe ser cauteloso y considerar los riesgos potenciales de los efectos indeseados y ante el riesgo de que el menor no sea tratado. Tanto los riesgos como los beneficios deben analizarse con los padres del menor, de manera que cuando brinden un consentimiento informado para el tratamiento tengan la información clara (Soutullo et al., 2003).

A finales de los años sesenta, varios clínicos incluso supusieron que la respuesta al litio era una confirmación del diagnóstico de trastorno bipolar. Hoy se sabe que la respuesta del litio

es muy amplia y que no se debe considerar un argumento inequívoco ni a favor ni en contra del diagnóstico (Cantwell & Carlson, 1987). Aún así, estudios recientes de la literatura disponible sugieren que los fármacos con más datos disponibles y que apoyan los efectos anti maníacos son el Litio y el Valproato de Sodio.

Los eutimizantes son clínicamente desaconsejables e incluso perjudiciales para los niños y niñas con TDHA, lo que confirma la importancia de la distinción diagnóstica. Lo anterior no es tan grave cuando se trata de diferenciar el TAB del TC en cuanto al tratamiento farmacológico, ya que se sugiere posibles áreas de concordancia entre el tratamiento de personas con ambos diagnósticos. Por ejemplo, el Litio ha demostrado ser de utilidad en el tratamiento de la agresividad. Asimismo, aunque faltan estudios más precisos, se ha considerado que la carbamazepina y el divalproato de sodio son efectivos para la agresividad y la impulsividad infantil (Kim & Miklowitz, 2003).

También existen datos acerca del uso de nuevos antipsicóticos atípicos como: risperidona, olanzapina, quetiapina en el tratamiento de manía de niños, niñas y adolescentes. La gabapentina no ha sido muy eficaz en adultos por lo que en infantes se consideraría un mecanismo asociado, más no de primer orden. El uso del topiramato no se ha estudiado y la lamotrigina se usa en casos muy calificados debido al riesgo de erupciones en la piel (Steven-Johnson y Soutullo et al., 2003).

Cantwell & Carlson, (1987) presentaron una serie de criterios para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes cuya validez todavía es sostenible:

- La frecuencia, duración, gravedad y apoyos con los que cuente el o la usuaria van a determinar el inicio y la duración del tratamiento farmacológico. Con un paciente que presente un episodio maníaco claro y franco, solamente se debe esperar que presente otro para iniciar el tratamiento intensivo y profiláctico. Incluso ante frecuentes episodios leves de depresión y manía, la medicación puede ayudar a enfrentar las cotidianidades propias del desarrollo como:

establecer amistades con pares, mejorar el rendimiento académico y culminar el proceso de identificación, para que este no se traduzca en una autoimagen deficiente.

- La medicación debe continuarse como profilaxis, especialmente considerándose el riesgo de algunos episodios destructivos.
- El tema de la adherencia al tratamiento es importante. Una opción es darle psicoeducación sostenida al niño, niña y su familia, así como pedirle a alguna persona de confianza del menor que le ayude a confirmar los riesgos y ventajas de la medicación.
- Se debe tener siempre presente el riesgo al suicidio. En ese sentido hay que mantener el tratamiento profiláctico y monitorear el rechazo al tratamiento y/o el peligro del uso del medicamento para fines autolesivos.
- No dejar de lado otros aspectos de la vida del menor de edad que se debe abordar en cada caso específico, como el contacto con la escuela, la terapia familiar, hospitalización, entre otros.

Generalmente, los principales motivos para medicar en urgencias a los pacientes bipolares son: la agitación aguda, agresividad, intoxicación aguda por tóxicos e ideación suicida.

Se dará preferencia a los antipsicóticos atípicos sobre los típicos o las benzodiazepinas. Sin embargo, en ocasiones deben usarse los antipsicóticos clásicos y las benzodiazepinas para el manejo de la agitación, el insomnio, o los síntomas psicóticos. El eutimizante debe iniciarse lo antes posible.

El rol de los antidepresivos y de los psicoestimulantes es controversial debido a que pueden inducir un viraje hacia la manía. El litio está autorizado solamente para el trastorno bipolar en mayores de 12 años (Díez et al., 2006).

Además, se acepta en la literatura que es importante la psicofarmacología para intentar prevenir las recaídas graves y las recurrencias bipolares en el largo plazo (Kim & Miklowitz, 2003)

Existen guías terapéuticas elaboradas por el comité de expertos de *Children and Adolescents Bipolar Foundation (CABF)* para pacientes menores de 18 años con un episodio maníaco o mixto de enfermedad bipolar tipo I sin síntomas psicóticos.

En ellas se recomienda que cada fármaco se mantenga de 4 a 6 semanas en niveles terapéuticos antes de cambiar a otro fármaco. Las dosis iniciales deben ser las mínimas para reducir los efectos adversos. Antes de cambiar de medicamento se deben considerar factores asociados a la falta de respuesta como son: falta de adherencia, diagnóstico erróneo, comorbilidad y factores estresantes biológicos o ambientales.

La combinación de litio y valproato de sodio consigue tasas de estabilización mejores a las del estabilizador aislado. Cuando se presentan síntomas psicóticos, se debe iniciar con un estabilizador y un antipsicótico típico (Díez et al., 2006). Como última opción, en casos resistentes a múltiples tratamientos, en la última línea se puede considerar el uso de TEC en adolescentes, con una respuesta del 80% al igual que los adultos, tanto en fase depresiva, manía o depresión psicótica (Díez et al., 2006).

3.9.2 Tratamiento psicológico

El tratamiento psicológico se implementa paralelo al tratamiento farmacológico principalmente en el área de la psicoeducación e involucra no solo al usuario sino también a sus familiares.

Se ha probado su eficacia en adultos con trastorno bipolar, reduciendo las recaídas, y ayudando a las familias sobre todo con programas enfocados a: desarrollar mejor comunicación, implementar estrategias de afrontamiento y solucionar los problemas.

Así la psicoeducación, asociada al uso de eutimizantes, constituye una carta importante en la intervención pues mejora la evolución de los casos.

Frisdad et al. (2003) realizaron un proyecto para probar si la psicoeducación funcionaba también con familias de niños y niñas entre 7.2 y 11.8 años de edad. Para esto, estudiaron 35 familias, de las cuales: 16 tenían un trastorno bipolar I, 12 tenían un trastorno bipolar II y el resto un trastorno del espectro depresivo. El estudio indicó que ambos grupos de padres (correspondientes a bipolares y depresivos) se beneficiaban de la psicoeducación, a pesar de que los padres con un niño o niña del espectro depresivo lograban un incremento mayor del conocimiento que los padres de los niños y niñas bipolares.

Miklowitz, Axelson, George, Taylor, Schneck, Sullivan, Dickinson, & Birmaher (2009), aplicaron la psicoterapia familiar focalizada sobre la emoción expresada (EE) en familias de usuarios bipolares adolescentes. El estudio se basó en la teoría de la EE y cómo los altos niveles de EE indican que en una familia se da crítica, sobreinvolucramiento emocional entre cuidadores y hostilidad. Se ha encontrado que esto predice en gran medida las recaídas en pacientes esquizofrénicos, bipolares y depresivos.

Con la psicoterapia se demostró que aquellos pacientes con familias con altos niveles de EE en su familia, tuvieron una respuesta significativa al tratamiento de veintiún sesiones de psicoterapia familiar focalizada. La respuesta fue mucho mejor al ser comparada con un segundo tratamiento de tres sesiones de psicoeducación. Como resultado, se dio una evidente mejoría tanto en sus síntomas depresivos como maníacos. Lo anterior sugiere que la psicoterapia familiar es una excelente opción de tratamiento ya que disminuye la asociación entre el estrés familiar y la falta de regulación del ánimo.

También se ha implementado el uso de otros modelos (West y Pavuluri, 2009) entre los que se encuentran las terapias de ritmo interpersonal y ritmos social que se basan en la teoría de los ritmos circadianos, proponiendo que este es un factor de vulnerabilidad. De esta manera la terapia busca restablecer este ritmo a través del control de los estresores psicosociales que exacerbaban los síntomas de los pacientes, interviniendo en los patrones de sueño, déficit en las relaciones interpersonales y psicoterapia familiar breve.

Otras exposiciones de West y Pavuluri están basados en los modelos de terapia dialéctica conductual propuesto por Goldstein, cuyo objetivo de intervención es la desregulación emocional, proponiendo que esta se da a partir de alta sensibilidad a los estímulos emocionales y a la intensidad emocional.

Por su parte, el uso de terapia cognitivo conductual centrada en el niño y la familia tendiente a cumplir el tratamiento, reconocer los síntomas de un episodio y la creación de hábitos regulares y estructurados para el niño (Díez et al., 2006), ha probado ser una alternativa favorable para el tratamiento de esas poblaciones, ya que se enfoca en el manejo de las manifestaciones logrando alcanzar un mayor grado de funcionalidad.

En la misma línea desde la terapia cognitivo conductual se enfoca la intervención familiar adaptada para trabajar en necesidades de desarrollo en niños y niñas con desordenes pertenecientes al espectro bipolar, abarcando tópicos como: la modulación de los afectos, desarrollo de estilos parentales efectivos y otros de psicoeducación, tales como ayudar al infante o adolescente a reconocer el riesgo suicida y los síntomas de depresión en el que se incluyen tres fases básicamente:

- La primera establece la alianza terapéutica, e incluye algunos aspectos de psicoeducación sobre la enfermedad y la medicación.
- La segunda que comprende el trabajo en el incremento de experiencias positivas, regulación del afecto y el trabajo sobre los pensamientos negativos.
- Y finalmente, la tercera que incluye el fortalecimiento de habilidades interpersonales.

En las tres fases se plantearían tareas para el paciente, sus padres, sus hermanos y para la escuela, por lo que este modelo pretende alcanzar todas las esferas de vida del menor bipolar (West y Pavuluri, 2009) .

Por último, Wiley (2009) señala que se ha dado un incremento en los estudios sobre la eficacia de los programas en desórdenes afectivos, los datos encontrados se han basado en

metanálisis y reportaron mayor eficacia en las intervenciones que adicionalmente al componente psicoeducativo incluían el componente psicoterapéutico.

▪ Ramírez y Rush (2005) proponen que el manejo de los trastornos del espectro bipolar deben incluir la elaboración terapéutica de aspectos fundamentales como son:

- Detonantes de los episodios depresivos y maníacos
- Incremento de las experiencias positivas
- Control de las experiencias negativas
- Trabajo con los síntomas cognitivos tanto en la parte de procesamiento de los síntomas

como en la parte de los contenidos

- Manejo del estrés
- Desarrollo de habilidades de comunicación e interpersonales.

▪ Como se observa, principalmente el objetivo de la terapia es proveer información, dar retroalimentación y ofrecer soporte emocional en un ambiente discreto y confidencial para el paciente (Mark, 1999) tomando en cuenta que es importante impulsar el tratamiento en el primer año después de haber recibido el diagnóstico, ya que este se considera fundamental en la evolución.

3.10 MADRES CON TRASTORNOS AFECTIVOS

3.10.1 Funcionamiento familiar

Un estudio realizado por Fristad y colaboradores (2003) encontró que en las familias con un niño o niña con trastorno bipolar, existían las siguientes características:

- Una tendencia a tener mayor conocimiento sobre los trastornos afectivos debido a la existencia de mayores experiencias clínicas; esto es, mayor uso de los sistemas de salud, servicio social, judicial, etc.
- Obtención de puntajes menores de funcionamiento en escalas de evaluación global de los niños y niñas, en comparación con familias con un diagnóstico de distimia o trastorno depresivo mayor.

Además, se encontró que las familias con un niño o niña bipolar no se diferencian de las familias con un trastorno del espectro depresivo en cuanto a los estilos de afrontamiento familiar. Sin embargo, sí existe una diferencia cuando estas familias son parte de un proceso de psicoeducación; puesto que las familias con menores depresivos tenían un mayor incremento en el conocimiento acerca de los trastornos afectivos y los padres tenían más espacios para crecer en comparación con los padres con de hijos con un trastorno bipolar.

Existe un hecho indiscutible relacionado al desarrollo de TAB y es la fuerte correlación con la herencia genética (Fritsch, Montt y Solís Pilowsky, 2007). A pesar de esto, los seres humanos son complejos y la presencia de TAB no se puede atribuir a una única causa, retomando las bases del Enfoque Multiaxial, que alude a que en una persona se conjugan también elementos culturales, sociales y familiares. Por lo tanto un enfoque integrado debe tomar en cuenta todos estos factores que han sido relativamente poco investigados.

Investigaciones sobre factores medioambientales familiares asociados con la transmisión a través de generaciones de alteraciones afectivas, revelan que los niños y niñas que crecen en hogares con padres con trastornos afectivos crónicos y más severos tienen un riesgo más significativo de padecer psicopatologías que aquellos cuyos padres están menos afectados (Centre Londres 94 de Paidopsiquiatría). Por ejemplo Fitsch y cols 2007, apuntan que los hijos e hijas de progenitores depresivos corren el riesgo de presentar un trastorno mental y del comportamiento y además un funcionamiento social más pobre.

Igualmente los autores revisados plantean que los casos pediátricos con trastornos afectivos son en su mayoría niños y niñas que están atrapados emocionalmente en el dolor materno (Eisenbruch, citado por Cantwell, 1987). Similaremente, Caraveo y Medina Mora (1994) argumentan que la aparición de depresión en los adultos significativos constituye un factor de riesgo para la salud mental infantil.

De esta forma, “los efectos negativos de la depresión en la madre impactan en las etapas sensibles de crianza en los hijos” (Fitsch y cols 2007). La presencia de síntomas afectivos, ya sea unipolar o bipolar en la madre incide directamente en el desarrollo de trastornos afectivos en los hijos e hijas.

En concordancia, autores como Cova (2005) señalan que la manifestación de sintomatología emocional en la madre es un predictor de comportamientos tanto externalizados (alteraciones conductuales) como internalizados (alteraciones y trastornos emocionales), afirmando que existe una gran probabilidad de que los hijos e hijas de madres con trastornos afectivos desarrollen posteriormente los mismos síntomas.

Es decir, se acepta que la presencia de TAB, en alguno de los miembros del sistema parental (y en especial de la madre) es un riesgo significativo de desarrollar problemas emocionales y conductuales (Eisenbruch, 1987; Cho et al (2007); Rutter 1966 citados por Cantwell, 1987)

Puckering (1989) basándose en estudios realizados por Brown y Harris (1978 Richman y Stevenson (1982) afirma que cuando hay trastornos afectivos en la madre -que generalmente es la cuidadora primaria- el efecto adverso en hijos e hijas es mayor. También afirma la presencia de distrés en la madre, en especial el causado por un trastorno mental de tipo afectivo, es un factor de riesgo que podría provocar trastornos afectivos en los hijos e hijas debido a distintas razones entre las que se destacan:

- Modelaje social por medio del cual el niño o niña aprende conductas depresivas de su madre.

- Excesiva autocrítica de la madre
- Presencia de irritabilidad materna
- Ansiedad de la madre
- Falta de energía en la madre
- Trastornos de sueño de la madre
- Ideas de referencia en la madre.
- Autodepreciación en la madre

Dichas variables inciden en alguna medida sobre el estilo parental que estaría caracterizado por sentimientos de incapacidad de la madre, interferencias en la relación madre-hijo(a) y en el aumento del estrés familiar, influenciando inevitablemente al hijo(a). Sin embargo también se deben conjugar otras variables que influyen en mayor o menor grado tales como:

- Edad del niño o niña en el momento del episodio depresivo materno
- Si se trata de un episodio único o se trata de episodios continuos.
- El manejo que se haya hecho del episodio materno
- Si hubo o no separación física del niño /niña y su madre.

De esta forma los factores descritos anteriormente explican como el detrimento en los cuidados parentales primarios de una madre con TAB se asocian con altas probabilidades de aparición de TAB en los hijos.

Se ha encontrado que las madres con trastornos afectivos tienen pobres desempeños en las tareas relacionadas con el hogar, peores relaciones con los vecinos y relaciones de pareja menos satisfactorias. Esto puede causar un sentido de malestar general que afectará la atención del hijo/a, pues funcionarán como madres más “irritables”, con tendencia a realizar interpretaciones negativas del mundo y menos competentes socialmente.

Acorde con lo expuesto anteriormente Dogmar y Lermenda (2005) señalan que las personas con trastornos afectivos enfrentan perturbaciones en las prácticas parentales derivadas de las incapacidades en el ajuste social, problemas laborales, lesiones en la autoestima. Dichas perturbaciones no sólo tienen implicaciones sociales sino que influyen negativamente el ambiente, las relaciones familiares y la resolución de conflictos al interior de la familia. Inclusive se habla de que dichas tensiones inciden sobre el establecimiento de normas y el manejo de límites; en especial en períodos críticos en donde los padres con trastornos bipolares se pueden encontrar francamente incapacitados para atender a sus hijos e hijas.

Cohler y Worland citados por Cantwell (1987) denominan lo expuesto anteriormente como “Medio ambiente reactivo”, o bien “Medio Bipolar” Eisenbruch (op.cit), en el que el atributo invariable es la presencia en el medio familiar de un padre con trastorno mental y del comportamiento, en el que se produce la aceptación del medio ambiente afectivo (patológico) que estaría cargado siguientes elementos:

- Procederes caóticos
- Mensajes contradictorios,
- Poderosos afectos ambivalentes
- Reflexiones y proposiciones incoherentes
- Ambiente de creencias irracionales en la familia.

- Grados perturbadores de atención en la vida de los hijos.

Esta situación afecta profundamente al niño y niña, ya que al ser estos sujetos en desarrollo son vulnerables a ser afectado por las condiciones del progenitor deprimido. Además hay que aclarar que estas condiciones son comunes a todas las madres con trastorno psiquiátrico independientemente de su diagnóstico (Rutter, 1966 citado por Cantwell, 1987)

Nuevamente se subraya que la depresión especialmente impacta en la habilidad de los padres para guiar, apoyar y alimentar emocionalmente a sus hijos mientras se desarrollan y tratan de luchar con los sucesos de la vida. Se indica que, con relación a madres no depresivas, las madres depresivas son menos sensibles y responsables en sus habilidades paternas.

Estudios realizados con madres que experimentan una depresión post-parto, indican que estas mujeres exhiben un comportamiento positivo menor hacia sus hijos y viceversa (Centre Londres 94 de Paidopsiquiatría). Por otra parte, investigaciones realizadas por Weissmann (1972, citado por Cantwell 1987), aportan que las madres con trastornos afectivos, aunque no son del todo ineficientes, pueden presentar algunas dificultades al ejercer las funciones maternas, en especial, relacionadas con el manejo del desacuerdo con los hijos e hijas. También observó la presencia de mayores niveles de culpa y hostilidad así como dificultades en la comunicación.

Otro aspecto señalado por el mismo autor, que merece ser retomado por separado, se trata la existencia de una dificultad en la implicación emocional, lo que se ha llamado “disfunción paterna”, es decir padres cuyas dificultades para cuidar a sus hijos se manifiestan en las siguientes áreas:

- Disminución de la capacidad para implicarse: haciendo referencias específicas al juego y al cuidado físico.
- Ira, irritabilidad y autopreocupación: esto impediría la satisfacción de las demandas de atención normales de cualquier niño ó niña.
- Menos capacidad de brindar afecto hacia los hijos/as lo cual podría derivar en sentimientos de culpa e inadecuación

- Y el último estaría relacionado con el propio hijo o hija quien al sentirse abrumado(a) por la patología materna estaría menos propenso a hablar de su propio mundo afectivo.

Otro estudio realizado por Hammen y Brenan (2001) reportó que después de controlar síntomas y ciertas variables psicosociales, los hijos e hijas con madres deprimidas mostraban significativamente más pensamientos negativos que los de madres no deprimidas. También añaden otros efectos negativos, que según su propuesta varían de acuerdo a la etapa de desarrollo en que se encuentre el niño o niña:

- Si se encuentra en etapa escolar se observaría la presencia aumentada de trastornos de conducta y tipo ansioso.
- En cambio en los y las adolescentes se observaría una alta incidencia de depresiones.
- En adultos jóvenes se darían efectos relacionados con el abuso de sustancias.

Fitsch, Montt y Solís Pilowsky (2007) analizaron una muestra 290 parejas de madre-hijo(a), en las cuales la madre presentaba trastorno depresivo. Los hallazgos mostraron que un 62.2% de los niños y niñas presentaban síntomas internalizantes y un 35.7% síntomas externalizantes, además de una alta prevalencia (49.8%) de problemas emocionales y conductuales.

Resumiendo, consistentemente los estudios demuestran que la presencia de depresión y trastornos afectivos crónicos en los padres, está asociada más frecuentemente con trastornos en sus hijos e hijas y sus efectos son de carácter negativo, persistiendo inclusive aún después de la remisión de un episodio.

Incluso algunos autores como Cova (2005) señalan que un trastorno mental de tipo afectivo es considerado uno de los componentes del “Índice de adversidad” (medida contraria a los factores protectores) por lo que se denota como factor de vulnerabilidad.

Otro aspecto que se debe rescatar, concierne a la importancia del estudio de los efectos de la depresión y los trastornos afectivos en la madre, es la repercusión que tienen en el “vínculo seguro”, pues interfieren con la formación del mismo y afectan negativamente al niño y

niña, que según se ha observado presenta una evolución menos sensitiva, menos responsiva y menos adaptativa en el plano socio emocional (Lyons, Ruth y Lyubchich, 2005).

Tomando en cuenta que el vínculo se transmite en forma intergeneracional, los autores señalan que las consecuencias son muy complejas ya que incluso producen cambios en el plano neuroendocrino (correlatos neurobiológicos). En este sentido un estudio realizado con primates (Boyce, Champoux, Gunner y Clarke, 1996 citados por Lyons et al) destacó la forma en que el cerebro temprano del primate es afectado por las características parentales, que lesionan la calidad de la interacción madre y cría, destacando la contribución genética en lo que se ha planteado como mediadores de la psicopatología infantil. Estos mediadores son: vulnerabilidad biológica, factores de estrés y factores protectores.

Finalmente, se reitera que los trastornos afectivo en los padres no son la única causa de la psicopatología infantil, ya que la complejidad del funcionamiento de la psique humana implica la interacción de otros de otros agravantes, o generadores de estrés . De esto se concluye que existe una alta vulnerabilidad en los niños y niñas, con trastornos de tipo bipolar cuyos padres igualmente tienen una enfermedad afectiva ya que tienen doble riesgo de padecer la enfermedad. Al respecto Joshi y Wilens (2009) plantean que cuanto más temprana sea la identificación y el manejo, mayores serán las posibilidades de lograr un mejor funcionamiento, por lo cual también se dará un mejor pronóstico.

4 METODOLOGIA

Habiendo realizado acercamiento a la comprensión de los trastornos bipolares infantiles y habiendo hecho un análisis de múltiples factores asociados a la aparición de este tipo de trastornos se concluye que TAB, es un trastorno de grave impacto y puede causar problemas significativos en la escuela, el ámbito familiar e incluso de índole comunitario. Cuando el trastorno bipolar no se trata, puede conducir a la hospitalización, abuso de drogas, accidentes o al suicidio.

La intervención y disponibilidad temprana del tratamiento, son factores claves en el manejo de estos trastornos en los niños y niñas; ya que favorecen el alcance de mayores niveles de bienestar, a través de la mejora de la estabilidad y el conocimiento de su padecimiento. Existe consenso en que un tratamiento apropiado puede reducir al mínimo los efectos lesivos del trastorno en su vida y las vidas de sus familias. El desarrollo de guías de tratamiento permite asegurar el bienestar del niño y la niña, mediante la reducción de los riesgos asociados al TAB y el aumento de la seguridad del menor, que sabría qué hacer ante el desencadenamiento de un episodio de cualquier tipo (maníaco, hipomaníaco o depresivo). El aporte de una guía de tratamiento es un paso para alcanzar estos objetivos y además es un esfuerzo para el aseguramiento del derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes.

4.1 PROPUESTA DE GUÍA DE INTERVENCIÓN

4.1.1 Características de los participantes

Se diseñó una propuesta de intervención individual enfocada en usuarios y usuarias menores de doce años, con las siguientes características:

- Que hayan sido diagnosticados con trastorno bipolar recientemente (según la literatura revisada el encontrarse en el primer año es fundamental para la evolución).
- Que al menos alguno de sus cuidadores primarios (padre, madre o encargado) tenga algún trastorno afectivo.
- Que hayan presentado al menos un episodio a lo largo de su historia de vida. Esto para asegurarse que no se confundan los síntomas del espectro bipolar con alguno de los trastornos comórbidos.

4.1.2 Criterios de Inclusión:

- i. **Edad:** niños, niñas y preadolescentes entre los cinco y los doce años.
- ii. **Género:** este no hace énfasis en diferencias de género por lo que puede ser implementado en hombres y mujeres
- iii. **Selección:** Los niños y niñas pueden ser referidos por un Médico(a) psiquiatra de la Consulta Externa de Niños (as) CENAT-HNP quién se hará cargo del filtrado y de la administración de la terapia farmacológica.
- iv. **Tratamiento:** encontrarse recibiendo terapia farmacológica al momento del inicio de la intervención.
- v. **Consentimiento:** es indispensable contar con el consentimiento informado de los cuidadores del niño o niña, ya que implica compromiso y adherencia al tratamiento.
- vi. **Historial:** Presentar historia previa de trastorno Bipolar durante el último año.

4.1.3 Criterios de exclusión

Como criterios de exclusión se especifican los siguientes:

- i. No contar con diagnóstico confirmado de trastorno bipolar por parte del Asistente de Psiquiatría
- ii. No contar con consentimiento informado de parte de los padres o encargados del menor.
- iii. Haber iniciado otro programa de intervención psicoterapéutica previo.
- iv. No estar recibiendo tratamiento farmacológico, en el momento de la intervención.

4.2 PROCEDIMIENTO

4.2.1 Número de Sesiones

Este programa estará diseñado para trabajar durante diecisiete sesiones individuales con el niño y niña y sesiones complementarias con los padres, en una relación 40/20 (cuarenta minutos con el niño y niña y veinte minutos con el padre o madre de familia) a razón de una ó dos por semana.

4.2.2 Planeamiento de las sesiones:

EVALUACIÓN PRE-TRATAMIENTO

Sesiones 1 y 2

Objetivo:

- Establecer una relación de contacto con el usuario(a) y su cuidador o cuidadora primaria.
- Obtener información sobre la historia evolución del trastorno del usuario (a).

Procedimiento:

En esta sesión es fundamental realizar una evaluación sobre las características del usuario para lo cual se puede aplicar la escala de Cuestionario para padres y niños(as) bipolares. Versión 2.0 (Papolos y Papolos, 2002) (ver Anexo 1), Y El Young Mania Rating Scale Parents versión (Anexo 2).

La recolección de la información se hará en dos fases :

Una para obtener información sobre la historia del usuario(a), que será llevada a cabo mediante entrevista y segundo se indagará sobre las crisis con el fin de introducir material que se ajuste a la realidad del usuario(a).

También en estas sesiones se proveerá una visión panorámica del tratamiento planteado así como una discusión de los derechos del usuario (a), disponibilidad de consulta y consentimiento informado (Anexo 3), se detectará la existencia de dudas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Objetivos

Proveer al niño/niña y a su familia un panorama general del tratamiento, en el que se incluya consentimiento informado.

Señalar la importancia de la familia en el tratamiento del niño /niña.

Procedimiento

Especificar las responsabilidades del usuario (a) y su familia en el tratamiento Discusión del plan de tratamiento por medio de láminas educativas. Y conversación abierta para aclarar dudas

CONOCIENDO EL TRASTORNO BIPOLAR

Sesión 3

Objetivos

- Proveer información descriptiva sobre la definición de: trastorno bipolar, depresión y manía
- Facilitar la comprensión del niño/niña y su familia acerca de la relación entre los factores psicosociales, como el estrés, y la recurrencia de la depresión.

Procedimiento

Esto se logrará mediante un folleto elaborado en el que se explique que el trastorno bipolar de acuerdo a los criterios biológicos y las características psicológicas rescatadas en la fase teórica de este proyecto.

Para alcanzar el segundo objetivo, se propone también construir la forma en que este se manifiesta de manera específica en el niño o niña usuaria permitiéndole seleccionar de una “caja de sentimientos” para pegar en una lámina mediante la utilización de una gráfica construida para tal efecto. Por último se discutirá con los padres/madre como el trastorno bipolar se define, proveyendo ejemplos y a la vez pidiendo ejemplos específicos de la situación.

Objetivos

- Retomar dudas de la sesión anterior
- Revisar con el paciente y su familia el uso de los estabilizadores del estado de ánimo
- Aclarar dudas sobre la medicación en cuestión de dosis, efectos secundarios.

Procedimiento

Explicar mediante el uso de un rompecabezas el uso correcto de la medicación, así como la aclaración de dudas respecto al medicamento para lo cual se puede contar con la ayuda de un profesional en Psiquiatría.

Luego mediante el uso de títeres se puede explorar la situación particular del paciente, guiándole con preguntas sobre adherencia, efectos secundarios etc.

Objetivos

- Revisar aspectos importantes de la medicación antidepresiva en los niños y niñas.
- Explorar concepciones del usuario(a) y su familia sobre el uso de la medicación antidepresiva.

Procedimiento:

Se utilizaran las mismas técnicas de la sesión anterior pero tratando el tema de los antidepresivos. También se puede variar la sesión mediante el uso de un cubo que contenga en sus caras:

Dosis indicadas

Efectos secundarios

Interacciones

Nombre de mi medicamento

Posibles complicaciones

Estaré atento/a a:

Objetivos

- Introducir el uso de gráficos para monitorear los síntomas que le ayuden al niño/niña a identificar en qué fase se encuentra.

Procedimiento

Diseñar con el usuario/a un gráfico (Anexo 5) que se ajuste a la realidad, en el que pueda identificar la fase del trastorno en que se encuentra basado en conductas específicas.

Asignar la tarea de practicar el uso del gráfico

Objetivos

- Retomar el uso de gráficos para monitorear el estado de ánimo.
- Introducir elementos del tratamiento cognitivo conductual para el abordaje del TAB
- Monitorear posibles obstáculos al tratamientos

Procedimientos:

Retomar el monitoreo mediante los gráficos.

Se introducirá el modelo cognitivo conductual mediante el uso de gráficos e ilustraciones y la confección de la tabla personal de las circunstancias del paciente, es decir se intentara guiar al niño/niña a construir su propio plan de tratamiento. En el que se tomen en cuenta:

-Actitudes y creencias sobre el trastorno bipolar: La propuesta es que se desarrolle a manera de historia de “superhéroes” para que el niño/niña lo sienta relacionado a su historia de vida personal mostrándole como se ayudó al “súperhéroe” mediante el tratamiento cognitivo conductual.

Objetivos

- Introducir los conceptos de pensamiento positivo y negativo.
- Enfatizar como el pensamiento dicotómico influencia la interpretación de eventos y las acciones subsecuentes.
- Ayudar a los usuarios/usuarias a asociar la relación entre las variaciones del estado de ánimo, con eventos, patrones de pensamiento, y conducta.

Procedimiento

Retomar la gráfica sobre estados de ánimo, haciendo énfasis en el niño/niña e identificar mediante el uso de fichas en cuales situaciones ocurren los cambios en el estado de ánimo.

Definir mediante el uso de dibujos en tarjetas los cambios en el estado de ánimo, y la búsqueda de ejemplos en las diferentes esferas de la vida cotidiana sobre estos cambios.

Construir una lista de ejemplos de pensamiento dicotómico dividiendo los pensamientos positivos y negativos.

COMBATIENDO LOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS*Sesión 9***Objetivos**

- Centrarse sobre el contenido de los pensamientos negativos.
- Enseñar al usuario a monitorear los pensamientos negativos y los momentos en que estos aparecen.
- Ayudar al niño/niña a identificar las distorsiones de pensamiento

Procedimiento:

Mediante una sesión de títeres se propondrá enseñar al niño/niña a identificar las situaciones en que específicamente surgen los pensamientos negativos, escribiendo en tarjetas el contenido de estos.

Construir una “pizarra” en la que la madre y el niño puedan registrar el record de pensamientos automáticos semanales.

Definir el concepto “distorsión de pensamiento” en palabras propias, para que sea sencillo de identificar en el momento en que ocurra, luego de que se defina, se puede invitar al niño/niña a plasmar la definición realizada utilizando algún material que facilite la expresión no verbal, como plastilina, temperas, recortes, de acuerdo a la elección del niño/niño.

Como tarea para la próxima sesión, se propondrá al niño/niña y a su encargado traer un registro de pensamientos para lo cual se le brindará una hoja de trabajo creada para tal fin.

CADENAS DE PENSAMIENTO**Sesión 10****Objetivos**

- Enseñar a los usuarios/usuarioas a evaluar usando el enfoque de evidencia, el sustento de cada pensamiento automático.

- Enseñar a los niños y niñas a generar explicaciones alternativas para los eventos de manera que se pueda romper la cadena de pensamientos automáticos.

Procedimiento

Con el fin es de que el niño/niña aprenda como manejar los pensamientos previamente identificados se propondrá un juego que llamaremos “*pulso de pensamientos versus acontecimientos*” .el mismo se basará en la tarea realizada, luego de escoger dos o tres pensamientos, se hará una asociación entre esos ***pensamientos***, los **eventos** que los desencadenaron y los **sentimientos** asociados mediante el uso de una pizarra, luego se utilizará una balanza(real o imaginaria) para explicar al niño/niña como la evidencia puede derrotar los pensamientos negativos. Finalmente por cada evidencia racional que el niño/niña identifique, se le otorgará un punto hasta que sea declarado “ganador definitivo/a” como método de refuerzo.

Con el encargado del niño/a, se hará una breve descripción de lo realizado en la sesión y con la intención de que ayude a practicar al niño durante la semana.

Objetivos

- Revisar los tipos de pensamientos que pueden servir de base a los episodios de hipomanía/manía.
- Entrenar al niño/niña para que identifique las variaciones del estado de ánimo asociadas a estados maníacos e hipomaníacos.

Procedimiento

Mediante una pizarra en la que se hará un el registro de pensamientos automáticos se guiará al niño/niña, a identificar “pensamientos polarizados”, que pueden conducir a los pacientes a estados de manía o hipomanía. El niño/niña puede distinguir varios colores en la lista para marcar los distintos tipos de pensamientos según sea su elección.

Mediante la utilización de un caleidoscopio real o imaginario se explicará al usuario como trabaja la reestructuración de pensamiento la idea es que el niño/a aprenda a utilizarla en las diferentes áreas de su vida cotidiana. Y por ultimo mediante la misma técnica se trata de enseñar al padre o madre a identificar estos pensamientos de manera que decidan cuando se requiere la obtención de apoyo adicional, o es necesario acudir a psiquiatra o a consulta de emergencias.

Objetivos

- Revisar las principales manifestaciones conductuales asociadas con la fase depresiva de los TAB.
- Enseñar a los usuarios/usuarioas como la intervención cognitivo conductual puede favorecer el manejo de los síntomas depresivos.

Procedimiento

En esta sesión se trabajará con el usuario/ dos habilidades cognitivas conductuales que le ayuden a hacer frente a las principales manifestaciones conductuales de la depresión.

Primeramente se revisará el concepto de sentirse “sobrecargado emocionalmente” y sus manifestaciones conductuales por medio del uso de la expresión gráfica (dibujo) luego de que se identifican las manifestaciones particulares de cada uno se introducirá con el niño la importancia de tomar el locus de control y de propiciar experiencias placenteras cuando se encuentra triste o con afecto disfórico.

Efectuar mediciones del nivel de bienestar/placer del usuario(a) en el momento actual con el fin de poder proponer con el usuario/usuarioa y su encargado(a) o cuidador experiencias que propicien el aumento gradual de estas experiencias mediante tareas asignadas. Estas mediciones se harán mediante escala numérica gráfica.

Describir los ciclos de “aletargamiento” si el niño/niña es de corta edad, se puede trabajar en conjunto con los padres/madres o encargados para identificar que conductas indican que el niño/niña se encuentra en fase depresiva. Luego de que se obtiene esta descripción se puede trabajar enumerando con el niño/niño las formas de romper los ciclos depresivos proveyendo opciones en caso de que el niño no pueda hacerlo, de lo que se trata es tener estructurado un plan de acción para las fases depresivas, este plan se confeccionará elaborando una rueda de estrategias (ver anexo 5).

Objetivos:

- Entrenar al usuario/a, para que reconozca los cambios en su nivel de actividad como indicadores como claves que le permitan discriminar el inicio de un episodio de manía o hipomanía.

Procedimiento

Se iniciará con una breve revisión de los contenidos trabajados en la sesión anterior, luego se planteará al niño el uso de gráficos para identificar las actividades que se relacionan con los episodios de manía e hipomanía en cada caso haciendo uso de una escala numérica para graduar el nivel de actividad y así que logren identificar sus variaciones en el estado de ánimo.

Luego de esto se deberán identificar estrategias que ayuden a manejar los periodos de intensa actividad. Fomentando reflexión sobre experiencias del pasado en las que se haya tenido éxito en identificar los cambios en la conducta, esto se logrará mediante el otorgamiento de “medallas” por cada situación que se logre recordar en la que esto se haya realizado.

Distinguir entre los estados “normales” “depresivos” y “de manía” esto se logrará escribiendo o dibujando en una tarjeta las diferentes conductas y clasificándolas mediante una caja con tres divisiones para cada estado.

Objetivos

- Identificar los problemas psicosociales asociados al trastorno bipolar

Procedimiento

En esta sesión se retomarán brevemente los temas tratados en la sesión anterior y luego de esto se identificarán con el niño los problemas que deben enfrentar debido a su condición de bipolaridad. Esto se hará mediante la utilización de títeres que ayuden al niño a identificar las situaciones en que se ha visto en problemas debido a su trastorno.

Luego de esta reflexión se introducirá estrategias para la resolución de problemas, mediante un juego de “rayuela” que consista en tres etapas: identificación del problema, definición del problema y solución del problema. Si el niño/niña logra resolverlos se le dará un refuerzo positivo.

Objetivo

- Enseñar algunas técnicas de relajación que sean útiles al usuario/usuario.
- Concientizar al niño/niña sobre la utilidad de los ejercicios de relajación para aumentar la sensación de bienestar.

Procedimiento

En esta sesión trabajara en introducir al usuario con las técnicas de relajación y se practicara ejercicios de relajación muscular progresiva, es decir paso por paso (brazos, piernas, cabeza, cuello, espalda directamente con el paciente mediante la técnica de modelaje.)
Técnica del muñeco de trapo.

Tarea para la casa practicar al menos diez minutos día por medio la técnica del “muñeco de trapo”.

Objetivo

- Continuar el uso de algunas técnicas de relajación que sean útiles al usuario/usuario.

Procedimiento

Práctica ejercicio de relajación pretendiendo que el niño/a es un robot, iniciaremos la respiración lenta, luego se retomara con el cuidador/cuidadora primario(a) instruyéndole para que pueda ayudar al niño en la práctica de estos ejercicios.

Tareas para la casa: Practicar la relajación y se le pedirá que escoja su favorita.

Objetivo

- Destacar el papel activo del usuario/usuario en el manejo de un episodio de depresión o manía, usando los conocimientos adquiridos.
- Realizar una sesión de cierre con el niño/niña y su cuidador(a)

Procedimiento

El objetivo se plantea lograr mediante la confección de la “caja de herramientas o caja de ayuda” En esta se otorgará al niño/a una pequeña caja de cartón en la cual deberá ir poniendo en forma de herramientas o estrategias las cosas que puede realizar por sí mismo para controlar o mejorar un episodio ya sea de manía o depresión incluyendo las técnicas de relajación y el uso adecuado de la medicación.

Las herramientas serán tarjetas que se irán confeccionando con el niño/niña, según su preferencia es decir se propone que sea el usuario/usuario quien seleccione el material, con que quiere hacerlo. Esta caja también debe incluir recordatorios para el niño sobre:

- Desencadenantes del episodio
- Uso de medicamentos
- Aspectos positivos de trastorno
- Eventualidades y posibilidades de Hospitalización
- Sentimientos generales
- Comunicación con lo papá o mamá cuando no se siente bien

Por último se propone evaluar el programa de intervención usuario/usuario y su cuidador en cuanto a la participación en el programa (anexo5)

Luego de la evaluación se planteará una sesión de seguimiento a los seis y doce meses.

5 CONCLUSIONES

El trastorno bipolar es un trastorno crónico que afecta un número creciente de niños y niñas en nuestro país. Dado que está asociado fuertemente con la influencia genética, es probable que en una familia con un miembro con TAB los niños sean afectados.

Este efecto resulta más grave cuando el miembro afectado es la madre puesto que, además del legado genético, el padecimiento interviene directamente con el desarrollo de un sano vínculo madre-hijo y la prodigación de cuidados primarios al niño ó niña.

Dada la complejidad de los efectos adversos del TAB su alcance permea ámbitos más allá del individual que podrían concatenarse con problemáticas sociales como abuso de sustancias, violencia, desadaptación entre otros. Esto debido a que el TAB interfiere con habilidades como la interacción, desempeño escolar, autoaceptación y la sensación de bienestar generalizado.

Los desencadenantes de los episodios de TAB no resultan de una relación lineal causa y efecto sino de la conjugación de diferentes estímulos de índole biológico y psicosocial lo que dificulta la predicción concisa del episodio.

Es ampliamente conocido que el trastorno bipolar cursa con síntomas predominantemente en el área afectiva, caracterizados por episodios de variaciones en el estado de ánimo con consecuencias en el funcionamiento de la persona que los sufre. No obstante, en los niños y niñas los TAB adoptan matices “atípicos” que generan polémica en el diagnóstico y manejo de los mismos, pues su presentación clínica difiere de los criterios adultos y además suele confundirse con otros trastornos comórbidos.

Estas dificultades en el manejo y diagnóstico conducen en muchas ocasiones al desconcierto de los profesionales tratantes y limitaciones en la eficiencia de las intervenciones. La escasez de protocolos y guías de atención que se ajusten a la realidad costarricense es particularmente alarmante en el caso de las manifestaciones pediátricas de TAB; por eso, en esta

revisión se destaca la utilidad de desarrollar estrategias sistemáticas, innovadoras y alternativas para su tratamiento, dichas estrategias deben proponer actividades terapéuticas adecuadas a la edad infantil.

Se hace hincapié en la condición de cronicidad del trastorno, ya que de esta forma se facilita el plantear tratamientos y seguimientos continuos que se enfoquen en mantener la calidad de vida de los niños y niñas afectados.

Los planes que combinan la farmacoterapia y el abordaje interdisciplinario permiten un acercamiento más atinado y enfocado en la formulación de estrategias que mitiguen los efectos adversos del trastorno.

Mediante la incorporación del aspecto psicoeducativo es posible un adecuado conocimiento del trastorno que permita al usuario asumir un rol activo en el manejo de su trastorno. Lo que se constituirá en un aumento del bienestar del niño/a y su familia.

La guía de sesiones propuesta constituye un instrumento de ayuda para niños y niñas con TAB, ya que les permite el adiestramiento y reforzamiento en distintos aspectos de su padecimiento y su manejo. Además, dado que la guía parte de la experiencia personal del usuario/usuario, permite que el adiestramiento sea significativo.

El programa diseñado contiene una serie de ejercicios en los que los aspectos biológico, afectivo y cognitivo del TAB pueden ser comunicados y elaborados de manera sencilla y adecuada a la etapa evolutiva en que se encuentran aumentando la permeabilidad del usuario/a.

Es vital seguir construyendo más alternativas de tratamiento que ayuden a los niños/as a enfrentar sus trastornos afectivos o mentales sin detrimento de su sano desarrollo y que se basen en sus potencialidades y capacidades resilientes.

La mayoría de los niños/niñas con TAB, posee algún conocimiento empírico acerca de su propio funcionamiento emocional que puede ser aprovechado y tomado en cuenta en el diseño de estrategias de intervención más cercanas a la realidad del usuario/a.

Es posible una más clara comprensión del proceso del trastorno bipolar y lograr más efectividad en los programas de tratamiento si se otorga la debida consideración al desarrollo de recursos psicosociales y se considera la experiencia personal y familiar, en lugar de enfocar únicamente el síntoma.

El abordaje integral del niño y niña bipolar requiere fluida comunicación entre la familia del menor y el equipo de atención en salud mental relacionado con el caso, cuya meta en común será detectar las necesidades del usuario/usuario y su familia, para así guiarlos a una óptima utilización de los recursos y mayor autonomía.

Generar un mayor grado de compromiso en las personas que rodean a los menores con TAB facilita la construcción de una sólida red de apoyo fundamental en su desarrollo integral.

El programa diseñado provee un espacio de tratamiento para el niño y niña con TAB que acude a la consulta externa de servicios de salud como el Hospital Nacional Psiquiátrico.

Debe continuarse con el desarrollo de guías de tratamiento para poblaciones infantiles con trastornos mentales y del comportamiento, con el objetivo de brindarles el trato prioritario dictaminado por la Caja Costarricense de Seguro Social, la Organización Mundial de la Salud y el gobierno costarricense.

BIBLIOGRAFÍA

Arboleda, C. & Holzman, P. (1985). **Thought disorders in children at risk for psychosis.**

Archives of General Psychiatry, 42, 10, 1004-1013.

Beardslee W,R **Development of preventive strategies for children of parents with affective**

disorder en www.hms.harvard.edu/psych/redbook-family accesado el 20 de abril de 2010

Burleson, D., Birmaher, B., Melhem, N., Axelson, D., Michaels, S. & Brent, D. (2006) **Criterion**

validity of the Mood and Feelings Questionnaire for depressive episodes in clinic and no clinic clients. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47, 9.

Child and adolescent Bipolar Foundation “**What is a pediatric bipolar disorder?** En

www.bpkids.org accesado el 20 de marzo de 2010

Gutiérrez Casares, Martínez rey y Pérez Salcedo (2008) (**Guía Clínica del trastorno Bipolar en**

la infancia Niñez y adolescencia. Centre Londres 94 de paidopsiquiatría Familia Nova Scuola, Inglaterra

Cantwell, D. & Carlson, G. (1987) **Trastornos afectivos en la infancia y adolescencia.**

Barcelona: Martínez-Roca.

Campo, V. (1995) **Estudios clínicos con el Rorschach en niños, adolescentes y adultos.**

Madrid: Paidós.

Cho,J,Holditch et al (2008)**Effects of Maternal Depressive Symptoms and Infant Gender on**

the Interactions Between Mothers and Their Medically At-Risk Infants .Journal ObstetGynecol neonatal nursing .37(1) pág 58-70 USA

Decina, P., Kestenbaun, C., Farber, S., Kron, L., Gargan, M., Sackem, H., & Freve, R. (1983)

The American Journal of Psychiatry, 140, 5, 548-553.

- Díez, A., Soutullo, C., Gamazo, P. **Trastornos bipolares**. En: Alda, J., Gabaldón, S. (2006) Urgencias Psiquiátricas en el Niño y el Adolescente. Barcelona: Masson.
- Findling, R et al (2003). **Toma de decisiones clínicas con la utilización del General Behavioral Inventory en el trastorno bipolar infanto juvenil**. Bipolar Disorders, 1 (1), 29-37.
- Frisdad, M., Goldberg, J., Gavazzi, S. (2003). **Grupos multifamiliares de psicoeducación para las familias de niños con trastorno bipolar**. Bipolar Disorders, 1, 101-109.
- Gagan y Goshi (2009) **Comorbidity in Pediatric Bipolar Disorder** Psychiatrics Clinics of North America, 32, 71-80.
- Horst, R. (2009)**Diagnostic issues in childhood bipolar disorder**.PsychiatricsClinics of North America, 32, 71-80.
- Kim, E. (2003) **Manía infanto juvenil, trastorno por déficit atencional con hiperactividad y trastorno de conducta: una revisión crítica de dilemas diagnósticos**. Bipolar Disorders, 1 (2), 85-94.
- Mark,F (1999) **Bipolar Disorder a Guide for patients and families**
- McClelland et al (2007) **Practice parameter for de assesment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder** Journal of the American Academy of child and adolescent psichiatty (46) pag 107 -123
- Meyer (2010) **Vulnerability factors for bipolar disorder as predictors of attributions in ability base test**. Journal of Individual Differences, 1.
- Miklowitz, D., Axelson, D., George, E., Taylor, D., Schneck, C., Sullivan, A., Dickinson, M. & Birmaher, B. (2009) **Expressed emotion moderates the effects of Family Focused treatment for Bipolar Adolescents**. Journal American of Academic Child Adolescent Psychiatry, 48, 6, 643-651.
- Osher, Y., Mandel, B., Shapiro, E. & Belmaker, R. (2000).**Rorschach markers in offspring of manic-depressive patients**.Journal of AffectiveDisorders, 59, 3, 231- 236.

- Pamias,ByCorbella (2005) **Programa de Trastorno Bipolar de inicio en la adolescencia.**
Revista de Psiquiatría InfantoJuvenil Número (2) Especial Congreso Abril-Junio. Pag 55
- Pavuluri, M., Henry, D., Devineni, B., Carbray, J. &Birmaher, B. (2006) **Child Mania Rating Scale: development, reliability and validity.**Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry, 45, 5.
- Ramirez y Rush (2005) **Cognitive Behavioral Therapy for Bipolar Disorders:**. Guilford Press .
- Singer, H. & Brabender, U. (1993) **Differentiate unipolar and bipolar disorders.** Journal on PersonalityAssessment, 60, 2, 333-345.
- Soutullo, C. (2003). **Nuevos tratamientos para la enfermedad bipolar en niños y adolescentes aprendiendo de los estudios de los adultos.** Actas Españolas de psiquiatría, 31 (1) 40-42.
- Strober, M., Birmager, B., Ryan, N., Axelson, D., Valery, S., Leonard, E., Iyengar, S., Kay, M., Hunt, J. & Keller, M. (2007) **Enfermedad bipolar pediátrica: perspectivas actuales y futuras del estudio de su curso y tratamiento a largo plazo.** Bipolar Disorder, 5, 75-85.
- Vázquez, J. (2005) **Las fases tempranas de las enfermedades mentales: trastornos bipolares.** Barcelona: Masson.
- West and Pavuluri (2009) **Psychosocial Treatments for Childhood and adolescent Bipolar Disorder** Psychiatric Clinics of North America, 32, 71-80.

ANEXOS

Anexo 1 Cuestionario para padres y o niños y niñas con TAB

Ficha Técnica

Autor: Papolos, Dimitri

Nombre: Cuestionario para niños bipolares version 2.0

Nombre original: The bipolar child parent questionnaire

Procedencia: Estados Unidos, www.bpchildresearch.org

Adaptación español: Papolos Dimitri

Aplicación: Individual

Duración: entre 15 y 29 minutos

Finalidad: Chequeo de comportamientos y síntomas de trastorno bipolar en niños

Material: cuestionario

The Bipolar Child Parent Questionnaire – v.2.0 **CODE#** _____

September, 2002 <http://www.bpchildresearch.org> 1

Questionario para Padres y/o Niños Bipolares – Version 2.0.

(Punto 65 Lista de chequeo sobre comportamiento y síntomas)

Dimitri Papolos, M.D. All rights reserved !

Sexo del Niño(a) _____ Edad (Años) _____ (Meses) _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Formato completo por: La Madre ____ El Padre ____ Otro ____

Dirección (opcional): _____

Dirección de E-mail _____

Nombre de la persona que llena el formato (Opcional) _____

Instrucciones:

Mi niño (a) tiene/o ha tenido los siguientes síntomas y/o comportamientos. Es posible que Ud. Haya notado algún comportamiento desde su pequeña infancia o a lo mejor Ud. Lo ha notado más recientemente. De cualquier manera, haga cuenta de que tan frecuentemente ha ocurrido este comportamiento desde que Ud. Lo noto por primera vez. Circule en la columna de "Frecuencia" usando la siguiente clave (o tabla de ilustración) para representar frecuencia u ocurrencia:

- 1_ Nunca o Casi nunca**
- 2_ Algunas Veces A menudo**
- 3_ Muy frecuente o casi**
- 4_ Constantemente**

FRECUENCIA

SINTOMA/COMPORTAMIENTO

- | | |
|---------|---|
| 1 2 3 4 | 1) DESPLIEGA EXCESIVA ANGUSTIA CUANDO ES SEPARADO DE LA FAMILIA. |
| 1 2 3 4 | 2) DESPLIEGA EXCESIVA ANSIEDAD O PREOCUPACION. |
| 1 2 3 4 | 3) TIENE DIFICULTAD PARA LEVANTARSE EN LAS MANANAS. |
| 1 2 3 4 | 4) ES HIPERACTIVO Y FACILMENTE SE AGITA EN LA NOCHE. |
| 1 2 3 4 | 5) LE CUESTA TRABAJO CALMARSE O ASENTARSE EN LA NOCHE. |
| 1 2 3 4 | 6) TIENE DIFICULTAD PARA DORMIRSE. |
| 1 2 3 4 | 7) DUERME INCOMODAMENTE Y/O SE LEVANTA A MEDIA NOCHE. |
| 1 2 3 4 | 8) TIENE MIEDOS NOCTURNOS O PESADILLAS. |
| 1 2 3 4 | 9) ORINA LA CAMA. |
| 1 2 3 4 | 10) TIENE LA NECESIDAD DE CONSUMIR COMIDAS DULCES. |
| 1 2 3 4 | 11) ES FACILMENTE DISTRAIDO POR ESTIMULOS ESTERIORES. |
| 1 2 3 4 | 12) SE DISTRAE FACILMENTE DURANTE TAREAS Y LECCIONES REPETITIVAS. |
| 1 2 3 4 | 13) DEMUESTRA INABILIDAD PARA CONCENTRARSE EN LA ESCUELA. |
| 1 2 3 4 | 14) TRATA DE EVITAR HACER TAREAS. |
| 1 2 3 4 | 15) ES CAPAZ DE CONCENTRARSE INTENSAMENTE EN TEMAS O MATERIAS DE INTERES SINEMBARGO, A VECES SE DISTRAE FACILMENTE. |
| 1 2 3 4 | 16) TIENE MUY PROBRE ESCRITURA. |
| 1 2 3 4 | 17) TIENE DIFICULTAD PARA ORGANIZAR PROYECTOS. |
| 1 2 3 4 | 18) ENCUENTRA DIFICULTAD CUANDO TIENE QUE HACER CAMBIOS. |
| 1 2 3 4 | 19) TIENE DIFICULTAD DE CALCULAR EL TIEMPO. |
| 1 2 3 4 | 20) TIENE PROCESO AUDITORIO O UNA DEFICIENCIA EN SU MEMORIA DE CORTO PLAZO. |
| 1 2 3 4 | 21) ES EXTREMADAMENTE SENSIBLE A LAS TEXTURAS DE LA ROPA, LAS MARQUILLAS, Y QUE TAN APEGADOS SON SUS ZAPATOS O MEDIAS. |
| 1 2 3 4 | 22) EXTREMADAMENTE SENSITIVO AL SONIDO Y LA BULLA. |
| 1 2 3 4 | 23) SE QUEJA DE EXTREMADAS TEMPERATURAS DEL CUERPO, O SE SIENTE CALIENTE A PESAR DE QUE LA TEMPERATURA DEL AMBIENTE ESTE NEUTRAL AL AMBIENTE. |
| 1 2 3 4 | 24) ES FACILMENTE DE ENTUSIASMAR. |
| 1 2 3 4 | 25) TIENE PERIODOS EN LOS QUE TIENE UNA ENERGIA FRENETICA, ALTA Y ACTIVACION MOTRIS (FUERZA). |
| 1 2 3 4 | 26) TIENE MUCHAS IDEAS AL MISMO TIEMPO. |
| 1 2 3 4 | 27) INTERRUMPE O SE ENTREMETE ENTRE OTRAS PERSONAS. |
| 1 2 3 4 | 28) TIENE PERIODOS EN LOS QUE SU CONVERSACION ES EXCESIVA Y RAPIDA. |
| 1 2 3 4 | 29) TIENE IDEAS EXAGERADAS ACERCA DE SI MISMO O DE SUS HABILIDADES. |
| 1 2 3 4 | 30) CUENTA GRANDES CUENTOS, EMBELLECE O EXAGERA. |
| 1 2 3 4 | 31) DESPLIEGA RAPIDOS Y ABRUPTOS CAMBIOS DE HUMOR OSCILANTES. |
| 1 2 3 4 | 32) TIENE ESTADOS DE ANIMO O HUMOR IRRITABLE. |
| 1 2 3 4 | 33) TIENE ESTADOS DE HUMOR ALBOROZADOS O EXALTADOS, FRIVOLOS, O SIMPLEMENTE BOBOS. |
| 1 2 3 4 | 34) DESPLIEGA CURIOSIDAD SEXUAL PRECOZ (A TEMPRANA EDAD). |
| 1 2 3 4 | 35) EXHIBE COMPORTAMIENTOS SEXUALES INAPROPIADOS; EJEMPLO: PUBLICAMENTE, TOCA SUS PARTES PRIVADAS O DE OTROS. |
| 1 2 3 4 | 36) TOMA MUCHOS RIESGOS. |
| 1 2 3 4 | 37) SE QUEJA DE ESTAR ABURRIDO. |
| 1 2 3 4 | 38) TIENE PERIODOS EN QUE ESTA BAJO DE ENERGIA Y/O SE RESGUARDA O |

AISLA DE OTROS.

1 2 3 4 39) SU INICIATIVA DISMINUYE.

1 2 3 4 40) EXPERIMENTA PERIODOS EN LOS QUE DUDA DE SI MISMO Y TIENE MUY POBRE IMAGEN DE SI MISMO.

1 2 3 4 41) SE SIENTE FACILMENTE CRITICADO O RECHAZADO.

1 2 3 4 42) SE SIENTE FACILMENTE HUMILLADO O AVERGONZADO.

1 2 3 4 43) Menea nerviosamente sus manos o pies.

1 2 3 4 44) ES INTOLERANTE A LAS DEMORAS.

1 2 3 4 45) SE PROPONE A LOGRAR SUS PROPIAS METAS/NECESIDADES Y ES EXIGENTE DE OTROS.

1 2 3 46) TIENE BUENA VOLUNTAD, ES TESTARUDO Y RECHAZA SER SUBORDINADO POR OTROS.

1 2 3 4 47) DISCUTE CON ADULTOS.

1 2 3 4 48) ES MANDON CON LOS DEMAS.

1 2 3 4 49) RECHAZA A SEGUIR REGLAS.

1 2 3 4 50) CULPA A OTROS POR SUS ERRORES.

1 2 3 4 51) SE ENOJA FACILMENTE CUANDO SE LO LIMITA.

1 2 3 4 52) MIENTE PARA EVITAR ASI LAS CONSECUENCIAS DE SUS ACCIONES.

1 2 3 4 53) TIENE BERRINCHES EXPLOSIVOS PROLONGADOS.

1 2 3 4 54) TIENE DIFICULTAD DE MANTENER AMISTADES.

1 2 3 4 55) DESPLIEGA COMPORTAMIENTO AGRESIVO HACIA OTROS.

1 2 3 4 56) HA DESTRUIDO PROPIEDAD AJENA O NO, INTENCIONALMENTE.

1 2 3 4 57) INSULTA VICIOSAMENTE, USA LENGUAJE VULGAR CUANDO ESTA ENOJADO.

1 2 3 4 58) AMENAZA MODERADAMENTE A OTROS O ASIMISMO.

1 2 3 4 59) COMETE CLARAS AMENAZAS DE VIOLENCIA HACIA OTROS O EL MISMO.

1 2 3 4 60) HA HECHO CLARAS AMENAZAS DE COMETER SUICIDIO.

1 2 3 4 61) GOZA CON CUCHILLOS Y FASCINADO POR SANGRE E IMAGINES VIOLENTAS.

1 2 3 4 62) HA DADO CONOCIMIENTO A OTROS DE HABER TENIDO HALUCINACIONES AUDITORIAS O VISUALES.

1 2 3 4 63) DETERMINADAMENTE COLECCIONA OBJETOS O COMIDA SECRETAMENTE.

1 2 3 4 64) LE PREOCUPA LO SUCIO, GERMENES O CONTAMINACION.

1 2 3 4 65) ES MUY INTUITIVO Y/O MUY CREATIVO.

Anexo 2. Escala de Young para manía (niños y adolescentes) versión para padres

Ficha Técnica

Autor: Pavuluri Mani, et al

Nombre: Escala de manía de Young versión para padres

Nombre original: P-Young Mania Rating Scale (P-YMRS)

Procedencia: Lippincott Williams & Wilkins. P.O. Box 1600, Hagerstown,

Adaptación español: Díez Atienza, Joaquín.

Aplicación: Individual a padres de niños entre los 5-17 años

Duración: entre 10 a 15 minutos

Finalidad: Realizar un tamizaje sobre el funcionamiento psicológico y la identificación de síntomas del trastorno afectivo bipolar en niños y niñas

Material: cuestionario

Puntuación: según puntaje obtenido: menor de 13 pts. sin significancia clínica, 13 pts. potencial para desarrollar TAB, 20 pts. presencia de hipomanía, 25 pts Manía.

TRASTORNO BIPOLAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: ESCALA DE YOUNG.

ADAPTACIÓN : Dr. Joaquín Díez Atienza. <http://www.paidopsiquiatria.com>

- VERSIÓN PARA PADRES -

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

ACLARACIÓN

Tache el número de cada pregunta que mejor describa la situación de su hijo/a.

1. Estado de ánimo – ¿Presenta su hijo un estado de ánimo mayor de lo que suele ser habitual?

- 0. No
- 1. Algo. Es posible que esté algo aumentado.
- 2. Claramente aumentado: más optimista, seguro de sí mismo, alegre pero de forma apropiada con la conversación.
- 3. Aumentado e inapropiado con el contenido de la conversación: bromista, ligeramente ridículo.
- 4. Eufórico; risas inapropiadas, canta/hace ruidos; muy ridículo.

2. Actividad motora/energía - ¿Presenta su hijo un comportamiento con mayor energía o actividad motora de lo que es habitual?

- 0. No
- 1. Algo. Es posible que esté algo aumentado.
- 2. Más animado; gesticula más.
- 3. Su energía es excesiva; en algunos momentos está hiperactivo; inquietud aunque puede ser calmado.
- 4. Muy excitado; hiperactividad continua; no puede ser calmado.

3. Interés sexual - ¿Muestra su hijo un interés inhabitual por los temas sexuales?

- 0. No
- 1. Algo. Es posible que esté algo aumentado.
- 2. Es manifiestamente aumentado cuando se toca el tema.
- 3. Habla espontáneamente de temas sexuales; lo hace con más detalles de lo habitual; mucho más interés de lo habitual sobre los niños/niñas.
- 4. Ha manifestado conductas sexuales abiertamente: tocar a otros o así mismo/a de forma inapropiada.

4. Sueño – ¿Han disminuido las horas de sueño de su hijo últimamente?

- 0. No
- 1. Duerme al menos una hora menos de lo habitual.
- 2. Duerme más de una hora menos de lo habitual..
- 3. Duerme menos de cuatro horas de lo habitual.
- 4. Niega necesidad de dormir; se queda sin dormir una noche o más.

5. Irritabilidad - ¿Parece su hijo irritable?

- 0. No más de lo habitual.
- 2. Más malhumorado o enfadado.
- 4. Manifiestamente irritable varias veces al día ; episodios recientes de enfado con la familia, en el colegio o con los amigos.
- 6. frecuentemente Irritable hasta el punto de ser grosero o tener que pedir disculpas.
- 8. Hostil y no cooperar durante todo el tiempo.

6. Lenguaje (velocidad y cantidad) - ¿Habla su hijo más rápido o mas de lo habitual?

- 0.No hay cambios.
- 2.Parece más hablador.
- 4.Habla más rápido o más a veces
- 6. Habla más o más rápido hasta el punto de tener dificultades para parar.
- 8. Habla continuamente; incapaz de parar.

7. Pensamiento - ¿Ha experimentado su hijo cambios en las características de su pensamiento?

- 6. No
- 7. Piensa más rápido; a veces disminuye su concentración; hablar sin centrarse en el tema.
- 8. Distruido; es como si se perdiera en el tema, cambia de tema frecuentemente; piensa a “la carrera”.
- 9. Dificultada para seguirlo; pasa de una idea a otra; no termina los temas; hace rimas o repite palabras.
- 10. No se le entiende; lo que dice no tienen sentido.

8. Contenido - ¿Habla su hijo sobre algunos temas más frecuentemente de lo habitual?

- 0. No.
- 2. Tiene nuevos intereses y realiza más planes.
- 4. Realiza proyectos especiales; más religioso o interés en Dios.
- 6. Piensa más en si mismo; tiene sentimientos de poseer poderes especiales; sentimientos de que está recibiendo mensajes especiales.
- 8. Oye ruidos o voces que no son reales; detecta olores que ningún otro huele; siente sensaciones inhabituales; presenta sentimientos irreales.

9. Conductas disruptivas – agresivas - ¿Está ahora su hijo más disruptivo o agresivo?

- 0. No; es colaborador.
- 2. Es sarcástico; chillón; está a la defensiva.
- 4. Más demandante; amenaza.
- 6. Ha amenazado a alguien de la familia o profesor; grita; golpea los objetos, los muebles, la pared.
- 8. Ha agredido a algún miembro de la familia, profesor o compañero; ha destruido propiedades; no puede hablar sin violencia

10. Apariencia - ¿Ha cambiado el interés de su hijo por la apariencia recientemente?

0- No

1- Un poco menos o más interés en arreglarse de lo habitual.

2- No se interesa en lavarse o cambiarse de ropa o se cambia más de tres veces al día.

3- Muy desordenado; necesita ser supervisado para que termine de vestirse; se maquilla de forma rara o escasamente.

4- Rechaza vestirse apropiadamente; viste ropas raras.

11. "Insight" - ¿¿Piensa su hijo que necesita ayuda en este momento?.

0. Si; admite tener dificultades y desea tratamiento.

1. Sentimientos de estar algunas veces equivocado.

2. Admite cambiar su conducta pero niega tener necesidad de ayuda.

3. Admite que su conducta ha cambiado pero niega necesitar ayuda.

4. Niega que haya cambiado su conducta o pensamiento.

6 Anexo 3. Consentimiento Informado

PROGRAMA DE TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO PARA TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR (TAB) para niños y niñas.

Estimado padre /madre de familia:

Este programa ha sido diseñado para aplicar un tratamiento para el trastorno afectivo bipolar en niños y niñas. El programa será ejecutado por un profesional en el área de la Psicología Clínica.

En dicho programa su hijo /hija será participe de un total de 17 sesiones que involucran actividades terapéuticas y psicoeducativas que le permitirán desarrollar estrategias de afrontamiento para su trastorno, además una parte de la sesiones será dedicada al padre/madre de familia y o encargado del o la menor.

Se aclara que la participación en el programa psicoterapéutico no presenta ningún tipo de riesgo físico ni psicológico para el niño/niña, no se coloca al niño en situaciones perjudiciales para su salud mental, sino por el contrario el tratamiento se desarrollará de una forma agradable para el /la menor

permitiéndole conocer acerca de su trastorno y lo que le sucede permitiéndole asumir un papel activo en el manejo del TAB.

El tratamiento comprende 17 sesiones, después de las cuales se dará por concluido ,es importante que el /la participante complete todas las sesiones para lograr un mejor aprovechamiento.

La información obtenida cualquiera de las fases del programa será absolutamente confidencial, las situaciones personales que se presenten durante el mismo no serán divulgadas. El informe de los resultados tampoco incluirá especificaciones que puedan comprometer la privacidad de las familias involucradas.

Es importante que si usted tiene alguna pregunta ,antes o durante el tratamiento, así como si surgieren situaciones relacionadas con el niño/niña en el proceso, no dude en hacérselo saber al profesional tratante de su hijo(a).

Leídas las anteriores especificaciones y habiéndoseme explicado en forma verbal y escrita el proceso de psicoterapia,yo _____ céd: _____ firmo este consentimiento que señala que estoy anuente a que mi hijo/hija participe.

Firma del padre/madre o encargado(a)

Fecha: _____

Anexo 4. Gráfico para registro de emociones

Anexo 5 “Rueda de estrategias”

