

Experiencia de asistencia a treinta y seis pacientes con diagnóstico de bipolaridad de inicio precoz

Trabajos originales

Resumen

Con el objetivo de conocer la presentación clínica y el tratamiento recibido de una población de pacientes con trastorno bipolar (TB) de inicio precoz, consultantes del Centro de Atención Psiquiátrica Psicológica con Tratamientos Actualizados (CAPTA) de Montevideo, analizamos las fichas clínicas de menores de 23 años, del período 14/10/88 al 31/08/04.

Se diagnosticaron 36 TB. (4,02%). La forma de debut fue para mujeres, alguna variedad de trastorno del humor (47,8%) o trastorno alimentario (34,8%) y para varones, trastorno de conducta (38,4%) o trastornos del humor (38,4%). El TB II duplicó al tipo I, demorando el diagnóstico apropiado. Encontramos gran comorbilidad predominando los trastornos de ansiedad. En uno de cada tres pacientes se diagnosticó trastorno de personalidad, predominando el borderline y el histriónico. Aparecieron antecedentes psiquiátricos infantiles frecuentes y cargados antecedentes familiares del espectro bipolar o depresión. Los timorreguladores más usados fueron la oxcarbazepina y la carbamazepina, asociados habitualmente a un antipsicótico, a un antidepresivo del tipo ISRS y a psicoterapia. La farmacoterapia fue modificándose con el correr del tiempo. Los deterioros más severos se constataron en varones que consultaron entre los 17 y 23 años. Se observaron frecuentes dificultades en conseguir una buena adherencia al tratamiento.

Palabras clave

Trastorno bipolar
Ciclotimia
Manía
Hipomanía
Depresión
Adolescencia
Juventud
Psicofarmacología
Timorreguladores
Adherencia

Summary

As the goal of knowing the clinical reports and treatment received by patients with bipolar disorder (BD) with juvenile onset, patients at the Center for Psychiatric and Psychological Care using Updated Therapies (CAPTA) - Montevideo, we analyzed the clinical reports of patients under the age of 23, throughout the period of 10/14/1988 to 08/31/2004. 36 patients were diagnosed as presenting BD (4.02%). The presentation for women was mood disorder (47.8%) or eating disorders (34,8%) and for males, conduct disorder (38.4%) or major depression (38.4%). Type II BD was twice as Type I, delaying the correct diagnosis. There was significant co-morbidity being anxiety disorders the most prevalent. One out of three patients with Axis II disorders had personality disorders, mainly borderline and histrionic. Most patients had a heavy family history of bipolar disorders or depression. The most popular mood stabilizers were initially carbamazepine and oxcarbazepine; associated with antipsychotic drugs, antidepressants as ISRS and psychotherapy. Psychotherapy was changing along the time. The most severe adverse impact was seen in males from 17 to 23 years of age. There was seen frequent difficulties in maintaining a good adherence for the treatment.

Key words

Bipolar disorders
Ciclotimia
Mania
Hypomania
Depression
Adolescence
Juvenile onset
Psychopharmacology
Mood stabilizers
Adherence

Autora

Raquel Zamora

Médico Pediatra y Psiquiatra.
Presidente de la Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay (diciembre 2003-2005).

Correspondencia:
Raquel Zamora
captauru@netgate.com.uy

I. Introducción

No hace muchos años que la psiquiatría aceptó la existencia del trastorno bipolar (TB) en menores de 20 años, a pesar de que autores como Kreapelin ya habían planteado que el 3% de los casos de Psicosis maniáco-depresiva aparecía antes de los 15 años. J. Campbell en 1952 y W. Spiell en 1961 realizaron trabajos mostrando el debut de la patología en niños y púberes¹. En 1978 Loranger y Levine² en una muestra de 200 bipolares hospitalizados encontraron que el 20% había comenzado con síntomas alrededor de los 19 años. A los 24 años el porcentaje se había duplicado. Joyce en 1984³ planteó que a los 19 años aproximadamente el 50% de sus pacientes comenzó con sintomatología. Ghaemi⁴ encontró que la edad promedio del primer episodio maniáco en sus pacientes bipolares había ocurrido a los 24,5 años, pero habían presentado cuadros depresivos desde los 18 años. Según H. Akiskal⁵ “cuando la depresión debuta en etapas tempranas de la vida puede estar asociada al trastorno bipolar en alta incidencia”. Pataki señala en el año 2000⁶ que “del 20 al 40% de los adolescentes con trastorno depresivo mayor desarrollan un episodio de manía, aislado o asociado a uno depresivo, dentro de los 5 años del diagnóstico de depresión”. Dice Hirschfeld⁷: “El trastorno bipolar es frecuentemente sub-diagnosticado y como consecuencia los pacientes son tratados en forma inapropiada”.

Olavo Pinto⁸ aporta datos recogidos de investigaciones realizadas en Estados Unidos y Europa: “Uno de los datos más preocupantes es que a pesar de los avances en el conocimiento del trastorno, no se registraron variaciones significativas en dos encuestas realizadas por la Asociación Nacional para la Depresión y la Enfermedad Maníaco Depresiva (NDMDA) en los años 1992 y 1998. En el 31% de los casos, pasaron más de 10 años desde el comienzo de los síntomas hasta que se estableció el diagnóstico correcto, lo que significa que los pacientes estuvieron todo ese período sin recibir un tratamiento adecuado”. En la encuesta de la NDMDA el 80% de los psiquiatras realizó un diagnóstico erróneo, inclinándose por trastorno depresivo mayor o personalidad limítrofe, especialmente en mujeres. Dice Olavo Pinto que no existe

información sobre la situación en América Latina pero probablemente los datos sean similares o aun peores. De todos modos, sin duda es esencial detectar lo más rápidamente posible a la población con enfermedad bipolar no diagnosticada, para brindarle el tratamiento adecuado y evitar el deterioro de la calidad de vida y las complicaciones asociadas a tratamientos incorrectos.

En cuanto a la epidemiología del trastorno bipolar en la adolescencia, nos manejamos con información del hemisferio norte. Lewinsohn⁹ encontró en adolescentes entre 14 y 18 años una prevalencia de aproximadamente el 1% de TB en algún momento de la vida. Esta cifra aumentó a 5,7% cuando se incluyeron los casos que el DSM-IV¹⁰ llama sin otra especificación. Carlson y Kashani¹¹ estudiaron a 150 estudiantes entre 14 y 16 años, sin problemas psiquiátricos aparentes y usando los criterios diagnósticos de búsqueda de manía y trastorno bipolar encontraron una prevalencia del 0,6%.

El tratamiento del TB tiene como objetivo evitar que se precipite un episodio maniáco o hipomaniáco o que se acelere la alteración de los ciclos. Siempre incluye un timoléptico que, según la situación, se puede asociar con antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos, electroconvulsoterapia. Las opiniones con relación a cuáles pueden ser los estabilizadores del humor más adecuados para la faja etaria en estudio, son divergentes. Nos inclinamos por seguir las de los expertos norteamericanos, sabiendo que hay europeos que las cuestionan. Si bien el carbonato de litio sigue siendo el timoléptico de primera línea en el tratamiento de los TB, la respuesta al mismo puede ser menor en jóvenes bipolares, ya que la manía en esta faja etaria se asocia con frecuencia a episodios mixtos o síntomas psicóticos, ambas situaciones refractarias al litio^{12, 13}. Tiene además el inconveniente de dar aumento de peso en el 25 a 40% de adolescentes mujeres y puede incrementar la excesiva pérdida de sodio por retención de litio a nivel renal en bulímicas vomitadoras o con uso de laxantes. Por esta razón los anticonvulsivos son los más indicados, y la elección de uno de estos dependerá de características de cada paciente. En cuanto a los antipsicóticos, años atrás eran usados

casi exclusivamente en los casos de excitación, pero la aparición de moléculas que también tienen efectos antidepresivos, ha generalizado su uso. La indicación de antidepresivos ha motivado varias investigaciones y polémicas^{14, 15}. La electroconvulsoterapia sigue siendo una estrategia para casos resistentes.

Sobre la base de lo expuesto, nos pareció importante realizar un aporte latinoamericano, del Uruguay, donde desarrollamos nuestra actividad. Se sumó a la motivación el hecho de que nuestro país dentro de Latinoamérica, es el que tiene mayor tasa bruta de mortalidad a causa de suicidios y ésta ha ido en aumento en los últimos años llegando en el 2001 a 15,1 y datos preliminares nos alertan sobre un incremento significativo en el 2003¹⁶. El suicidio se debe muchas veces al TB. R. Lucero y col.¹⁷, citando a Brenet, plantean que en adolescentes los principales factores de riesgo de suicidio son la existencia de un TB, trastorno del humor asociado a toxicomanía, ausencia de consulta con psiquiatra y la disponibilidad de armas de fuego en el hogar. También debemos tener presentes los interesantes hallazgos en adolescentes uruguayos, de Viscardi y cols.¹⁸, que detectaron una alta cuota de desesperanza en relación con la situación socio-económica familiar y posteriormente el mismo equipo mostró que era mucho mayor la relación de la desesperanza, la ideación y conductas suicidas con la carencia de apoyo afectivo familiar, que con la percepción de las dificultades económicas en la familia¹⁹. Compartimos la opinión de Federico Dajas de considerar a los adolescentes como un particular grupo de riesgo al suicidio, ya que su sensibilidad a los factores de estrés psicosocial los hace “más vulnerables e indefensos”²⁰.

II. Objetivos

- Conocer las características de la población de adolescentes y jóvenes con diagnóstico de bipolaridad asistidos por nosotros en un Centro privado (CAPTA) y estudiar la influencia del sexo, edad de la primera consulta con relación a la edad de la aparición de los primeros síntomas, tiempo transcurrido entre primera consulta y

diagnóstico de TB, formas de debut de la enfermedad, tipos de TB más frecuentes, comorbilidad, antecedentes personales y familiares, estresores ambientales.

- Enterarnos sobre el tipo de tratamiento que se instituyó a esta población, tipo de fármacos, asociación entre los mismos, uso de electroconvulsoterapia (ECT), psicoterapia y necesidad de internación.
- Saber las repercusiones que la patología produjo sobre los desempeños de los pacientes.
- Aproximarnos a las dificultades en la adherencia al tratamiento.

III. Metodología

Realizamos a través de Medline la búsqueda bibliográfica sobre temas relacionados con el diagnóstico precoz del TB. Así evidenciamos la falta de publicación de trabajos latinoamericanos.

Analizamos retrospectivamente las historias clínicas de todos los consultantes menores de 23 años que consultaron en CAPTA en el período de 14/10/88 al 31/08/2004 (aproximadamente 16 años), seleccionando para su estudio las de pacientes que tenían diagnóstico de TB.

Nuestra historia clínica es semi-estructurada y busca obtener datos para completar el diagnóstico según el DSM-IV en sus 5 ejes. Se confeccionó tomando como base protocolos del tipo K-D-SADS., que incluye preguntas sobre integración del núcleo familiar y sus interrelaciones, estudio, actividad laboral, vínculos sociales y de pareja, recreación, enfermedades médicas, antecedentes de patología psiquiátrica infantil, hábitos alimentarios, de higiene, sexualidad. La información se obtiene a través de entrevistas con el paciente y sus familiares y la aplicación de inventarios auto-administrados o aplicados por el profesional. Para el TB se usa la escala de evaluación de estados maníacos de Blackburn IM et al., para depresión la escala de Beck, para trastornos asociados escalas de reconocimiento internacional. La personalidad es evaluada a través del PDI-IV. Siempre incluimos la investigación de antecedentes personales de la niñez, a través de un inventario diseñado por nosotros

y que los padres completan y antecedentes familiares. La instancia de exploración a los efectos de llegar a completar el diagnóstico implica la concurrencia de paciente y familiar, varios días. En el primero permanecen en el Centro entre 2 y 3 horas; las visitas posteriores de una hora de duración oscilan entre dos y cuatro. Los profesionales actuantes en el período exploratorio son habitualmente dos, psiquiatra y psicólogo. Para más información sobre esta dinámica aconsejamos la lectura de publicaciones anteriores²¹.

Si bien en la actualidad hay trabajos que muestran los cambios anatómicos y funcionales que pueden tener los pacientes bipolares, cambios neuroendócrinos, imagenológicos²²⁻²⁴ no fueron incluidos en este trabajo ya que dichas evaluaciones generalmente no se realizan rutinariamente a nivel clínico en nuestro país, porque aún no las tenemos o porque cuando existen resultan muy costosas.

Se dividió la población en dos grupos etarios: 1) de 9 a 17 años, que incluye pre-púberes, púberes y adolescentes; 2) de 18 a 23 años que corresponden a la faja etaria que llamamos juventud. A su vez dividimos los años estudiados también en dos: la primera etapa, constituida por el período 1988 a 1997 inclusive (algo más de 9 años); la segunda etapa por el período 1998 a 2004 (6 años 8 meses). La división fue realizada basándonos en conocimientos que adquirimos a partir del año 1996 sobre TB, a través de lecturas, concurrencia a cursos y congresos dentro y fuera del Uruguay. En el año 1995 la Asociación de Psiquiatría Americana publicó Practice Guideline for Treatment of Patients with Bipolar Disorders¹². Todo esto contribuyó a que estuviéramos en esta segunda etapa mejor entrenados para el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado del TB. La primera parte de las normas para el tratamiento del trastorno bipolar de la Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica, fue publicada en el año 2002; por lo tanto, no pudieron ser tenidas en cuenta al asistir a nuestros pacientes.

Analizamos en cada paciente todos los fármacos indicados al comienzo del tratamiento, si se mantuvieron durante el proceso, si fue necesario realizar cambios, ya sea por efectos secundarios o por falta de respuesta y también en caso de cambios cuál fue el fármaco

indicado en el último contacto. La elección de los fármacos usados estuvo influida por recomendaciones de expertos en niños y adolescentes^{25, 26} y condicionada a la disponibilidad en el país de las drogas sugeridas. En los casi 16 años que el estudio incluye, se fueron sintetizando nuevas moléculas, que fuimos incorporando. El grado de repercusión producido por la enfermedad se midió acorde al deterioro producido en el desempeño estudiantil y/o laboral, relacionamiento familiar, grado de adaptación social (pudiendo llegar a transgresiones severas que implicaron participación legal), repercusión sobre el propio paciente (autolesiones, intentos de autoeliminación).

Agrupamos las repercusiones en cuatro categorías: 1) *Leve*. Los pacientes continuaron una vida casi normal. 2) *Moderada*. Significó repetición de años curriculares, conflictiva familiar, desadaptación y transgresiones sociales, sin incidencias sobre el propio físico. 3) *Severa*. Repercusión a nivel de estudio o trabajo del tipo abandono o imposibilidad de conservar una actividad, serias conflictivas familiares, transgresiones sociales severas, la presencia de algunos elementos de auto agresión. 4) *Muy severa*. Llevó a la muerte del paciente, ya sea por suicidio o acciones imprudentes.

La adherencia al tratamiento se clasificó en 1) *Buena*. Se cumplieron todas las indicaciones médicas, hubo un buen compromiso del paciente y la familia. 2) *Irregular*. Hubo abandono de tratamiento por períodos menores a seis meses, volviendo el paciente por recaídas leves. 3) *Muy irregular*. Cuando los períodos de abandono superaron el año, volviendo con descompensaciones importantes que pudieron requerir internación.

En ninguno de los resultados presentados se justificó realizar pruebas estadísticas. No hubo planteos de diferencias a evaluar que requieran de las mismas.

IV. Resultados

A. Datos del total de la población analizada

En el período 14/10/1988 al 31/08/2004 consultaron en CAPTA 894 personas entre 9 y 23

años, 59% mujeres (528), 41% hombres (366). Al grupo de 9 a 17 años correspondió el 52% (463) de los pacientes y al de 18 a 23, el 48% (431). En el primer período, de algo más de 9 años de duración (1988-1997), consultaron 442 (49%) pacientes menores de 23 años; en el segundo período, de 6 años y 8 meses (1998 a 2004), los pacientes fueron 452 (51%).

B. Datos de la población de pacientes con trastorno bipolar

De un total de 894 consultantes ambulatorios, diagnosticamos 36 pacientes entre 9 y 23 años con diagnóstico de TB, o sea, un 4,02 %. Todos de etnia blanca, solteros, en su mayoría estudiantes. Estudios anteriores mostraron que la población asistida en CAPTA pertenece a un nivel socio económico medio y medio alto²⁷.

B.1. Sexo y edad en la primera consulta. Encontramos 23 mujeres con TB en un total de 528 (4,3%) y 13 varones con TB en un total de 366 (3,5%). En el grupo de 9 a 17 años: 15 TB en 463 pacientes (3,2%) y en el grupo de 18 a 23 años: 21 TB en 431 pacientes (4,9%).

B.2. Cantidad de pacientes diagnosticados en el correr de los años. De 1988 a 1997 inclusive (algo más de 9 años) hubo 15 casos en 442 pacientes (3,4%).

De 1998 a 2004, inclusive (6 años 8 meses), hubo 21 casos en 452 pacientes (4,6%).

B.3. Relación entre la edad de aparición de los síntomas y la primera consulta (Tabla 1).

Observando la tabla, se confirma que los síntomas aparecen años antes de que la primera consulta se concrete. Tres de cada cuatro pacientes comenzaron los síntomas entre los 13 y los 18 años, mientras que tres de cada cuatro fueron llevados a consulta por primera vez entre los 15 y los 21 años.

B.4. Relación entre edad de primera consulta y edad de diagnóstico de TB. En el período 1988-1997, la tercera parte de pacientes recibió el diagnóstico correcto antes de llegar al año de la primera consulta, la otra tercera en el lapso entre el año y los dos años y el resto luego de los dos primeros años, habiendo 2 casos (mujeres con trastorno alimentario) en que el diagnóstico llevó seis años o más. En el período 1998-2002, la mitad fue diagnosticada

EDAD	INICIO DE SÍNTOMAS	PRIMERA CONSULTA
6	2	0
7	1	0
8	0	0
9	0	1
10	1	0
11	0	0
12	3	1
13	7	2
14	1	3
15	5	3
16	4	2
17	4	2
18	6	6
19	0	7
20	2	4
21	0	3
22	0	1
23	0	1
TOTALES	36	36

antes de llegar al año, la cuarta parte en el segundo año y sólo en 2 casos se demoró entre cuatro a cinco años. Los resultados evidencian cómo en el segundo período, luego del entrenamiento realizado, el diagnóstico de bipolaridad se realizó en un lapso más corto.

B.5. Diagnóstico realizado en la primera evaluación según sexo (Tabla 2). Como muestra la tabla, para las mujeres, 11 en 23 (47,8%), el diagnóstico realizado luego de la primera evaluación correspondía a alguna variedad de trastorno del estado de ánimo y 8 en 23 (34,7%) debutaron como trastorno de conducta alimentaria, mayoritariamente bulimia nerviosa. En el caso de los varones, 5 en 13 (38,4%) recibieron diagnóstico de algún tipo de trastorno de conducta (incluyendo el déficit atencional con hiperactividad), 4 debutaron con un episodio de depresión mayor.

En todos estos casos se comenzó un tratamiento acorde al diagnóstico inicial. La inversión del estado de ánimo (aparición de elementos de hipomanía) en período variable luego del inicio de los antidepresivos o la evolución tórpida que ameritó un replanteo con profundización en la historia familiar, fueron elementos que colaboraron a clarificar el diagnóstico.

Tabla 1

Relación entre la edad de aparición de los síntomas y la primera consulta

Tabla 2

Diagnóstico realizado en la primera evaluación según sexo

Diagnóstico	Mujeres	Varones	Totales
Episodio Depresivo Mayor	4	4	8
T. del Estado de ánimo de tipo cíclico.	4	0	4
Episodio Maníaco o Hipomaníaco	3	1	4
Episodio Delirante	1	1	2
Trastorno de Conducta Alimentaria	8	0	8
Trastorno de Conducta y/o Abuso de Sustancias.	1	2	3
Déficit Atencional c/ Hiperactividad	0	3	3
Trastorno de Ansiedad (TOC – Fobia Social, otros).	1	2	3
Otros	1	0	1
Totales	23	13	36

B.6 Tipo de trastorno bipolar diagnosticado según sexo y edad. Para el caso de las mujeres predominaron el TB II (12 en 23 casos) y la ciclotimia (7 en 23 casos). Para el caso de varones, si bien predominó la bipolaridad II (7 en 13) hubo una cantidad poco menor de bipolaridad I (5 en 13) y no se despistaron ciclotimias. En cuanto a la edad en los menores predominó la bipolaridad II (11 en 15) y hubo un solo caso de bipolar I. En los mayores, bipolar II (9 en 21) y bipolar I (7 en 21). La presentación clínica de varios casos, en el análisis retrospectivo nos lleva a plantear la alta frecuencia de casos mixtos y de cicladores rápidos. Los resultados muestran que los casos más graves se vieron en varones y en el grupo de 18 a 23 años.

B.7. Comorbilidad entre TB y otros diagnósticos acorde al eje I del DSM-IV según sexo.

En primer lugar, aclaramos que lo habitual fue encontrar una sumatoria de trastornos asociados o comórbidos. Los más frecuentes en ambos sexos fueron los trastornos de ansiedad en su forma generalizada (15 pacientes), fobia social (8 pacientes) y trastorno obsesivo-compulsivo (6 pacientes). Para las mujeres se destacó la comorbilidad con el trastorno de la conducta alimentaria (12 en 23), también se vio somatizaciones (5 casos), abuso de sustancias (6 casos), trastornos de conducta (4 casos). Para los hombres los trastornos de conducta, incluyendo DAH (7 en 13) y el

abuso de sustancias (7 en 13); además hubo dos casos de trastornos alimentarios. El consumo excesivo de sustancias fue en todos los casos el alcohol, asociado a marihuana, cocaína, alucinógenos.

B.8. Comorbilidad entre TB y otros diagnósticos acorde al eje II del DSM-IV según sexo.

A pesar de tratarse de una población de adolescentes y jóvenes igualmente encontramos la comorbilidad con trastornos de personalidad ya constituidos o por constituirse (en menores de 18 años) en 1 de cada 3 pacientes. Predominaron los trastornos del grupo B del DSM-IV, siendo los más frecuentes el trastorno borderline (6 casos) y el histriónico (3 casos), especialmente en mujeres. Encontramos 3 varones menores de 18 años con marcados rasgos disociales.

B.9. Antecedentes personales en la niñez según sexo. Los resultados mostraron que es frecuente la sintomatología psiquiátrica desde la etapa de la niñez, siendo lo más frecuente: los trastornos de ansiedad (19 en 36), luego los trastornos de conducta y/o déficit atencional (9 casos) y somatizaciones diversas (8 casos).

B.10 Antecedentes familiares de patología psiquiátrica (Tabla 3). Realizando una investigación exhaustiva pudimos encontrar un importante número de patología psiquiátrica asociada al espectro bipolar en progenitores, abuelos, tíos, hermanos y otros familiares. Se destaca en las madres los trastornos depresivos; en los padres la bipolaridad y el abuso de sustancias, especialmente alcoholismo. Se suicidaron tres abuelos, un tío, un tío abuelo y otros dos familiares.

B.11. Estresores psicosociales en la vida de los pacientes. Fue habitual encontrar que estos jóvenes fueron sometidos a estresores psico ambientales especialmente en su ambiente familiar desde etapas tempranas de su vida. Se encontraron 13 casos de disfunción familiar severa, 7 de separación y/o divorcio de padres, 6 de convivencia con un padre o madre con enfermedad psiquiátrica severa, 7 con padre alcohólico o violento, el fallecimiento del progenitor masculino en 2 casos, el antecedente de aborto provocado en 2 adolescentes, el abuso sexual en un caso,

Tipo de Patología	Madre	Padre	Abuelo/a Paterno	Abuelo/a Materno	Tío paterno/materno	Tío abuelo paterno / materno	Hermano/a	Otros familiares
Trastorno del Espectro Bipolar	0	9	3	4	7	2	2	4
Trastorno Depresivo	8	2	5	4	3	se desconoce	0	1
Ciclotimia	1	1	0	0	1	se desconoce	0	se desconoce
Alcoholismo / Drogas	0	7	0	3	2	se desconoce	1	se desconoce
Suicidio	0	0	1	2	1	1	0	2
Otros	2	5	2	0	0	se desconoce	1	se desconoce

Tabla 3

Antecedentes familiares diagnosticados de patología psiquiátrica

problemas de aprendizaje relacionados con el déficit atencional que produjeron deserciones escolares y baja autoestima, así como sufrir dificultades de adaptación a diferentes lugares de residencia ya sea dentro o fuera del país, por mudanzas familiares.

C. Tipo de tratamiento realizado

C.1. Uso de reguladores del estado de ánimo al inicio del tratamiento y en el último contacto con el paciente. Los más usados al inicio y al final fueron la carbamazepina y la oxcarbazepina, seguidas por el litio, el valproato o divalproato. Estos cuatro fármacos ya estaban disponibles en la primera etapa de evaluación. En los últimos años se incorporaron otros como la lamotrigina, el topiramato, la gabapentina. El topiramato ha sido en los últimos años el regulador más elegido en mujeres con TB en comorbilidad con trastorno alimentario. Dejamos constancia de que en 4 de los pacientes no se administró ningún timorregulador; fueron casos que tratamos en el primer período de estudio. En la mitad se mantuvo el mismo fármaco del inicio. En el resto hubo como máximo tres cambios desde el inicio al último contacto con el paciente. Uno de los inconvenientes a destacar fue la alta incidencia de efectos secundarios. La asociación de más de un timorregulador fue infrecuente.

C.2. Antipsicóticos indicados al inicio del tratamiento y en el último contacto con el paciente. Se asociaron antipsicóticos en 24 pacientes. En los primeros años los más usados al inicio fueron la pipotiazina inyectable, de liberación lenta, administrada cada 28 días (5 casos) y el haloperidol. En esos mismos años

hubo pacientes a los que no se les agregó en un inicio antipsicóticos, ya que debutaron con depresión pero posteriormente frente a una descompensación maniaca o hipomaniaca necesitaron de un neuroléptico y por eso el haloperidol aparece como más usado al final que al inicio. Luego de que los atípicos entraron al país pudimos sustituir aquellos por estos. Al ser la risperidona la primera en aparecer en nuestro mercado y durante varios años la más económica, ha sido la más usada. A pesar de su ingreso posterior y sus más elevados costos ya tenemos casos tratados con otros atípicos. En 9 de los casos, o sea, la tercera parte de los pacientes, fue necesario cambiar el fármaco.

C.3. Asociación con antidepresivos y tipos indicados al inicio del tratamiento y en el último contacto con el paciente. La mayoría, 29 en 36, recibió asociación con antidepresivos, siendo los más usados los ISRS (25 en 36). La venlafaxina no estuvo disponible en el primer período, y desde su aparición es el más caro; por eso, fundamentalmente, ha quedado reservada como segunda opción. Últimamente también comenzamos a manejar el bupropión. En la mitad de los casos se cambió el fármaco inicial por otro.

C.4. Asociación con ansiolíticos y tipos más indicados. En 2/3 se agregó ansiolíticos, siendo los más usados al inicio el alprazolam (10 casos) y el clonazepam (8 casos). Sobre el final, este último pasa a ser el más usado.

C.5. Asociación con hipnóticos y tipos indicados. En la tercera parte de los pacientes se usó hipnóticos, siendo los más usados zolpidem y flunitrazepam.

C.6. Necesidad de uso de electroconvulsoterapia. Solamente en tres varones –en cuadros de manía delirante– y en una mujer –en descompensación depresiva– fue necesario el uso de este tratamiento para lograr revertir los síntomas. En estos pacientes, en el correr de la evolución, en nuevas descompensaciones se repitió la ECT.

C.7. Tratamiento psicoterapéutico. Al tratamiento farmacológico se le asoció psicoterapia en 30 de los 36 pacientes (cognitivo-comportamental 26 casos y 4 otras corrientes).

C.8. Necesidad de internación. Se recurrió a la internación domiciliaria en dos pacientes

varones y dos pacientes mujeres y la internación sanatorial en cuatro varones y cuatro mujeres (22,22%), ya que el estado de los mismos exigía mayor continentación.

D. Repercusión de la enfermedad sobre los desempeños del paciente

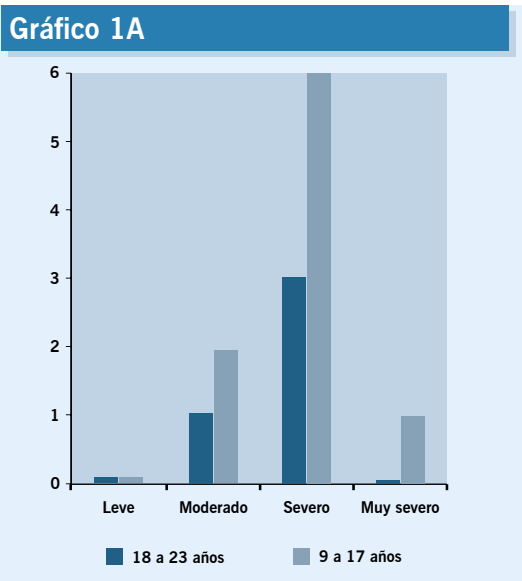
Dado que en nuestra población los pacientes fueron ingresando a CAPTA en un lapso de 14 años, fue variable el período que permanecieron en contacto con nosotros como para homogeneizar los resultados de la evolución. De todos modos, sabemos que fueron asistidos: 1) Por menos de un año: 11 pacientes, entre los cuales figuran los que comenzaron a ser asistidos en el último año (31/8/2003 hasta el 31/8/2004); 2) entre uno y dos años: 16 pacientes; 3) entre tres y cuatro años: 4 pacientes; 4) entre cinco y diez años: 3 pacientes y 5) más de diez años: 2 casos. Para realizar la evaluación, nos comunicamos en diciembre de 2003 con los pacientes y/o sus familiares, para conocer la evolución de los que no habían continuado tratamiento con nosotros.

Observando los gráficos 1 A y 1B se aprecia una incidencia del sexo en la repercusión de la patología. En las mujeres predominó el deterioro leve (9 casos) y moderado (9 casos) y las que tuvieron peor evolución fueron las que consultaron a partir de los 18 años. En varones la mayoría quedó con secuelas severas (10 casos), independientemente de la edad en la que consultaron. Los pacientes que fallecieron, dos fueron mujeres que se suicidaron (con bipolaridad II asociada a trastorno de conducta alimentaria) y un hombre bipolar I en comorbilidad con consumo de drogas, muriendo mientras conducía un vehículo alcoholizado y a altas velocidades. En los tres casos la muerte se produjo meses o años después de discontinuar el tratamiento con nuestro equipo.

E. Adherencia del paciente a las indicaciones médicas

En 11 de los 36 casos se pudo considerar que se logró un buen compromiso y adherencia. En la mayoría la adherencia fue irregular (16 en 36) y muy irregular (9 en 36). (Gráfica 2).

Repercusión de la enfermedad sobre los desempeños del paciente. (Hombres)



Repercusión de la enfermedad sobre los desempeños del paciente. (Mujeres)

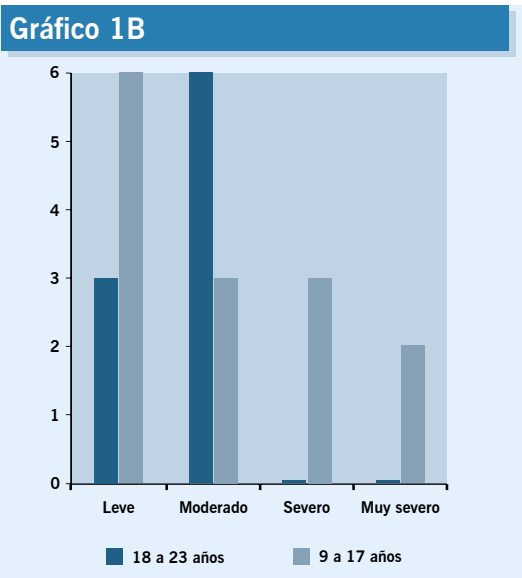
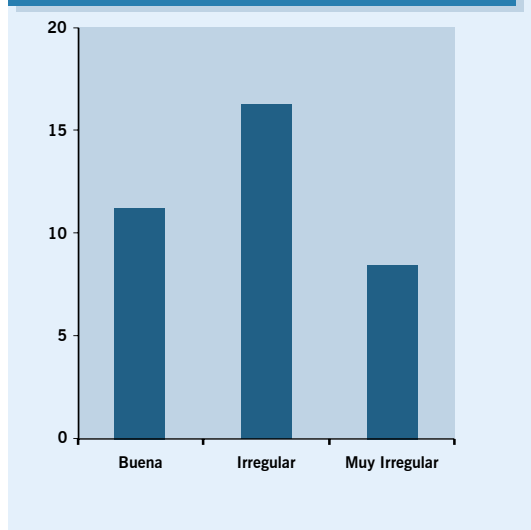


Gráfico 2 - Adherencia al tratamiento



V. Discusión y comentarios

Al igual que en estudios norteamericanos y europeos, encontramos una demora entre la aparición de los síntomas y la primera consulta y entre ésta y el diagnóstico de TB, aunque en nuestra experiencia el habernos entrenado para su reconocimiento mostró una disminución de este lapso, en los últimos años.

Entre las dificultades para el diagnóstico precoz, figuró el no tener presente la alta frecuencia con la que una depresión mayor en la adolescencia puede asociarse a TB^{6, 28}. También el sub-diagnóstico de hipomanía, especialmente en pacientes que se recuperaron de una depresión mayor. El paso a la etapa de hipomanía muchas veces se considera equivocadamente como una mejoría o normalización de la enfermedad.

Como dice Kusumakar²⁹, existen condiciones en los pacientes depresivos que permiten predecir el desarrollo de una bipolaridad: 1) Historia familiar de TB, especialmente en familiares de primer grado; 2) comienzo de la depresión en etapas tempranas de la vida; 3) síntomas psicóticos como parte de la depresión; 4) depresión agitada; 5) depresión y ansiedad crónicas; 6) resistencia crónica a los tratamientos de la depresión; 7) inducción de manía o hipomanía como respuesta a la medi-

cación; 8) síntomas vegetativos y 9) retardo psicomotor. De estos aspectos estudiamos y corroboramos los hallazgos de Kusumakar para los puntos 1, 2, 3, 5 y 7.

En las mujeres fue frecuente el debut como trastorno alimentario. Si bien son escasos los trabajos publicados sobre el tema, al referirse al diagnóstico diferencial G. Carlson³⁰ decía: "...debemos tener presente a la anorexia y la bulimia nerviosa pues pueden enmascarar el cuadro". G. Perugi y Akiskal³¹, basándose en diferentes investigaciones realizadas por otros autores, expresan: "Puede haber relación entre los desórdenes alimentarios y el trastorno bipolar, en particular la bipolaridad II. Esta asociación puede ser más frecuente en pacientes con bulimia que se presentan con un tipo crónico y severo de trastorno alimentario. Los familiares de bulímicos tienen también un mayor riesgo para la morbilidad bipolar". Ante una paciente con trastorno alimentario deberá estudiarse siempre antecedentes familiares de bipolaridad y controlar muy de cerca su evolución.

Diferentes trastornos de ansiedad se presentaron en forma asociada o dificultando el diagnóstico, aspecto también compartido en las reflexiones de Carlson, quien puso especial énfasis en la fobia escolar.

Varios trabajos también muestran la comorbilidad del TB y los trastornos de conducta y/o abuso de sustancias, especialmente en varones. Entre ellos, señalamos los de Weller y col.³² y Hans Steiner³³. Este último se refiere a que la ciclotimia puede ser la forma más frecuente del espectro bipolar encontrada en jóvenes encarcelados. En nuestro caso la ciclotimia se encontró fundamentalmente en mujeres, la mayoría en comorbilidad con trastornos alimentarios. Los bipolares transgresores aparecieron prácticamente en igual porcentaje en la bipolaridad tipo I y II, lo que señala la importancia especialmente del diagnóstico de estos últimos para realizar un tratamiento en el que se incluya los timolépticos y no quede reducido a antipsicóticos.

Los niños y adolescentes con trastorno del humor muchas veces comienzan a consumir alcohol y drogas. El debut de un cuadro maniaco o depresión mayor puede comenzar como consecuencia del consumo de drogas, tal como hemos visto.

Decía Mauricio Tohen³⁴ que “la comorbilidad entre TB y abuso de sustancias es muy alta; la misma se da en un sentido bidireccional, o los trastornos del humor son secundarios al abuso de sustancias o viceversa. Las asociaciones más frecuentes son: el uso de cocaína en la manía, el uso de alcohol en manía o en depresión, el uso de alcohol en estados mixtos”. Las investigaciones muestran que esta comorbilidad es más frecuente cuando el TB tiene un inicio temprano, cuando se asocia además a trastorno de pánico, desórdenes alimentarios y trastorno por estrés post-traumático y tiene como consecuencias negativas un tiempo mayor de recuperación, riesgo de recaída, falta de adherencia, curso empeorado. Si la presentación es como manía pura cambia a un trastorno mixto y se precipitan estados de rápido ciclaje. Para la prevención de la comorbilidad conviene: determinar una secuencia temporal, identificar factores de riesgo en la práctica de la medicina preventiva, implementar prevención secundaria en los niveles primarios.

Debemos estar alertas al diagnóstico diferencial con déficit atencional, pues puede confundirse con el TB o ambos pueden coexistir.

Un episodio delirante puede ser el comienzo del TB y debe evitarse la confusión con esquizofrenia. Dice Carlson, en 1990, que “la tendencia a considerar esquizofrenia como diagnóstico en adolescentes o adultos jóvenes con alucinaciones y delirios fue especialmente notable”³⁰.

Varios investigadores coinciden en que los síntomas psicóticos ocurren más frecuentemente entre los pacientes bipolares de inicio precoz que en los de inicio tardío^{3, 35}.

Debemos estar atentos también en caso de presencia reiterada de síntomas físicos, que pueden hacer pensar en una patología gastroenterológica, neurológica, cardíaca¹³. Nosotros encontramos 8 casos con antecedentes de somatizaciones prolongadas.

Dentro de las comorbilidades, como dicen Sasson y cols.³⁶ está la asociación con personalidad borderline, que coincide con nuestros hallazgos. Como sabemos hay autores como Akiskal que ya en 1996 manifestaba: “...existen fases de ciclaje ultra rápido con humor lábil e irritable mezclados a una constitución; por

esta razón son frecuentemente diagnosticados con personalidad borderline”²⁸.

Creemos que el psiquiatra debe estar alerta para evitar mantener por largos períodos a pacientes solo con psicoterapia, cuando la combinación con fármacos timolépticos puede favorecer su evolución.

Nuestros resultados muestran el predominio de la bipolaridad II y de la ciclotimia y precisamente estos son los tipos del espectro bipolar de más difícil diagnóstico, los habitualmente atribuidos a “una forma de ser” o a un “tipo de carácter”. Los mismos coinciden con los planteos de Perugi y Akiskal: “El espectro bipolar II representa el más común genotipo de bipolaridad”. “Otra variedad de bipolaridad II está representada por los episodios de depresión mayor superpuestos a características temperamentales de ciclotimia o hipertimia”.

En relación con los antecedentes de la niñez nos encontramos con una alta incidencia de cuadros de ansiedad en ambos sexos, somatizaciones en mujeres y oposicionismo desafiante o déficit atencional en el varón, creándonos la duda de si en realidad estas manifestaciones ya no son el debut del trastorno bipolar.

Damos un importante valor a la vulnerabilidad biológica, por lo que profundizamos en la búsqueda de antecedentes familiares. Esta es una de las tareas más difíciles con las que se enfrenta el psiquiatra, pues en una primera instancia son pocos los padres que dan respuestas completas, ya sea por desconocimiento o por negación. Para facilitar la tarea explicamos a los mismos las diferentes formas que pueden haber enmascarado el TB en familiares: suicidios, intentos de autoeliminación severos y/o reiterados, personas con humor cambiante, otros que se fundieron por negocios absurdos, estafaron a familiares o madres que abandonaron a sus hijos. Para ayudar en la tarea recomendamos material de lectura apropiado en idioma español³⁷.

Con relación al tratamiento, cuando vamos a medicar a un joven tratamos de cumplir con algunos principios básicos: 1) Diagnóstico psiquiátrico correcto según manuales de DSM-IV o ICD-10. 2) Asociar la medicación o estrategia biológica a un proceso psicoterapéutico, siempre que sea viable. 3) Usar el

menor número de fármacos posible. 4) Toda estrategia o asociación que se utilice debe tener suficiente cantidad y calidad de estudios. El inconveniente con el que nos encontramos es que son pocas las investigaciones realizadas en menores de 18 años y con frecuencia nos resulta muy costoso acceder a las mismas. 5) Usar el mejor recurso disponible (eficiencia, costos). 6) Utilizar la dosis, vía y tiempo correcto (siempre que sea posible realizar dosificaciones plasmáticas de los fármacos usados a efectos de saber si estamos en el rango terapéutico); en niños y adolescentes conviene dar el menor número de dosis posible. 7) Tener en cuenta el grupo etario: en los adolescentes es fundamental evaluar la adherencia (aceptación del paciente y de sus adultos responsables). Esto implica explicar adecuadamente las causas de la enfermedad, los cambios biológicos acontecidos y la necesidad de un tratamiento a largo plazo y trabajar con mitos y creencias que son muy comunes en nuestra población (psicoeducación). 8) Evaluar la respuesta previa del paciente y de la familia, a un determinado fármaco (si fue eficaz usaremos el mismo). Nuevas publicaciones muestran la relación entre el subtipo de TB clásico, el espectro psicótico y el caracterológico que difieren entre otros aspectos en la historia familiar y que responden mejor a diferentes fármacos³⁸. 9) Evaluar la preferencia del paciente y/o de la familia una vez que se les presente todas las opciones de tratamiento. 10) Al usar medicación comenzar gradualmente, para minimizar los efectos secundarios y de esta forma que el paciente acepte el fármaco y a su vez instruirlo sobre la no suspensión brusca por el síndrome de discontinuación que puede ser muy molesto. En caso de suspender la medicación, tener en cuenta el tiempo de lavado y que la misma sea gradual. 11) Recordar que en todo menor de 18 años debemos tener la autorización de sus padres y responsabilizar a estos de la adecuada administración de los fármacos.

Los resultados mostraron una clara inclinación por el uso de anticonvulsivantes. Este es un tema controvertido; al respecto, tenemos las afirmaciones de Keck PE et al.³⁹: “En la última década, una proliferación de investigaciones ha aparecido concernientes al uso de tratamientos somáticos con anticonvulsivantes, por ejemplo: carbamazepina,

valproato, clonazepam, oxcarbamazepina y electroconvulsoterapia (ECT) para pacientes con trastorno bipolar. Ha surgido un número suficiente de estudios controlados dirigidos a una revisión crítica de evidencias que apoyen la eficacia de esos tratamientos para la manía aguda bipolar y los episodios depresivos, así como para la prevención de nuevos episodios. Son necesarias nuevas investigaciones para establecer la eficacia profiláctica de los anticonvulsivantes como terapia de mantenimiento y quizás lo más importante sea proporcionar predictores clínicos y biológicos de respuesta”.

Valproato o divalproato son de los más recomendados en la faja etaria en estudio⁴⁰⁻⁴²; sin embargo, nosotros preferimos el uso de la carbamazepina y oxcarbazepina, fundamentalmente por uno de los principales efectos secundarios del valproato: el aumento de peso, recordando el alto porcentaje en nuestra población de pacientes bulímicos.

La carbamazepina en general ha sido recomendada como un fármaco de segunda línea⁴³; sin embargo, hay autores que usan, indistintamente, la carbamazepina o el valproato⁴⁰. En nuestros pacientes hemos seguido la posología recomendada, comenzando con 200 mg/día e incrementando gradualmente hasta llegar a la dosis terapéutica según el paciente: 800 a 1.200 mg/día, repartidos en dos tomas, siempre realizando dosificaciones en plasma y haciendo controles periódicos (hemograma completo con sideremia, dosificación de TSH, funcional hepático, ECG). Sí recordamos que disminuye el efecto de contraceptivos orales, por lo que en caso de mujeres que los están recibiendo preferimos no usarlos.

En cuanto a la oxcarbazepina, es una molécula semejante a la anterior pero con menos efectos secundarios, especialmente a nivel de células sanguíneas^{44, 45}. Hay menos trabajos que avalen sus beneficios como timorregulador, aunque otros la recomiendan para pacientes que no mejoran o no toleran otros fármacos y también para bipolares II con subtipos irritación/bipolaridad⁴⁶. La posología con la que comenzamos fue 300 mg/día, aumentando luego progresivamente a 600 y 1.800 mg/día repartidos en dos tomas. No realizamos dosificaciones plasmáticas; sí exámenes de paraclínica.

Desde el ingreso del topiramato (2000) comenzamos a usarlo especialmente en pacientes bipolares y trastorno alimentario, dado que no produce aumento de peso e incluso puede ayudar a disminuirlo. Sus efectos como timorregulador han sido estudiados, ya sea en monoterapia o como potenciador⁴⁷⁻⁵¹. Dado que en nuestra población encontramos un predominio de la bipolaridad tipo II frente a la tipo I, creemos importantes los aportes del Barcelona Stanley Research Medical Institute, que recomienda el topiramato para el tratamiento de este sub grupo de pacientes. En las oportunidades que debimos discontinuar su administración se debió a algún efecto secundario, como mareos, somnolencia, fatiga. Para disminuir estos efectos lo administramos en forma progresiva, comenzando con 25 mg/día, llegando a una dosis terapéutica que varía entre 100 y 200 mg/día.

Si bien la lamotrigina existe en nuestro medio desde hace muchos años, administrada como antiepiléptico, el uso en adolescentes como timorregulador es reciente. Encontramos trabajos que muestran sus beneficios para las situaciones agudas^{15, 52-54} como para la prevención⁵⁵. También tiene como beneficio que se puede asociar con carbonato de litio, antidepresivos y antipsicóticos⁵⁶. Este fármaco es resistido por algunos profesionales por la posibilidad de desarrollar un Steven-Johnson (1%); por tal razón se desaconseja su uso en niños. La forma de controlar los efectos secundarios es comenzar con una dosis baja de 25 mg/día e ir aumentando progresivamente hasta llegar al rango terapéutico. En nuestro caso osciló entre los 100 y 200 mg/día; siempre usamos para control las dosificaciones plasmáticas. Herman⁵⁷ aporta: "...aunque la mayoría de las evidencias provienen de estudios en pacientes bipolares I, un reciente estudio naturalístico sugiere que esas observaciones pueden extenderse a bipolares II" y precisamente ese es el tipo que predomina en nuestra población, por lo que posiblemente aumentemos su uso. Hay trabajos de Akiskal que muestran su beneficio en el tratamiento de la personalidad borderline y también en nuestra población vimos la comorbilidad entre ambas patologías, algo ya estudiado por el autor referido desde años atrás²⁸ y sobre lo que ha seguido trabajando³¹.

Dado que la gabapentina también es una opción como timorregulador^{58, 40}, especialmente en la comorbilidad con fobia social o trastorno de pánico, nosotros recientemente la introdujimos en un púber varón que tiene TB II en comorbilidad con TOC y fobias diversas, en el que ya fueron usados sin éxito los anteriores antiepilépticos. La elección del carbonato de litio estuvo relacionada a que ya existían familiares que lo venían recibiendo con buena respuesta, y en general los pacientes ya tenían 18 años cumplidos. En nuestra casuística hubo 4 de los 32 jóvenes bipolares que nunca recibieron estabilizadores del estado de ánimo. Fueron pacientes ingresados en los primeros tiempos de nuestra investigación, cuando aún no teníamos clara la importancia de introducir dichos fármacos en ciclotimia o bipolaridad tipo II.

Compartimos con C. A. Zárate⁵⁹ que la asociación con antipsicóticos es una opción habitual, especialmente en descompensaciones maníacas, pudiéndose usar haloperidol, risperidona, olanzapina, clozapina, quetiapina, ziprasidona.

Para niños y adolescentes, hace ya tiempo Kutcher²⁵ proponía la asociación en primer lugar con clorpromacina y en segundo con risperidona. Actualmente, se sabe que estos fármacos pueden ser usados para descompensaciones depresivas, razón por la cual fueron administrados en dos de cada tres de nuestros pacientes. El tipo de antipsicótico usado fue cambiando en la medida que se fueron introduciendo nuevos fármacos en el mercado uruguayo. Igualmente los resultados mostraron pacientes con los que se continuó con haloperidol, la mayoría de los cuales corresponde a los estudios en la primera etapa. Cuando usamos risperidona la dosis fue baja, semejante a la dosis media diaria de 1,7 mg mencionada por K. Wagner⁴⁰ al referirse a un trabajo de Frazier et al. (1999) realizado en 28 bipolares niños y adolescentes. Algunos de nuestros pacientes presentaron efectos secundarios como aumento de peso o sedación y por eso luego se buscó otra opción.

Aunque la consideramos excelente para controlar los elementos delirantes de una descompensación maníaca, la olanzapina fue menos usada. Coincidimos con Sotullo et al.⁶⁰, administrándola en dosis que oscilan entre

los 10 y los 20 mg/día, pues hay un efecto secundario que nos limita: la ganancia de peso que es semejante a la que da la clozapina y suele ser muy importante, pudiendo llevar al desarrollo de diabetes, dislipidemias, patología cardiovascular. La quetiapina ya tiene estudios realizados en adolescentes, como sumatoria del divalproato, a una dosis de 450 mg/día y con buenos resultados⁶¹. Dado que es un fármaco que tiene a su favor la escasa modificación del peso, comenzamos a usarlo, asociado también con topiramato y lamotrigina, pero nos encontramos con el inconveniente de su alto costo igual que la ziprasidona, que por esta misma razón la hemos reservado para jóvenes esquizofrénicos resistentes.

El agregado de antidepresivos para las descompensaciones depresivas de bipolares es discutido. Hay expertos que tratan de evitar su uso por el riesgo de viraje, pero en otros estudios esto no se ha comprobado. Como el debut de la bipolaridad en la adolescencia en un alto porcentaje es a través de una depresión mayor⁵, prácticamente la mayoría de nuestros pacientes los han recibido. Antes de la aparición en nuestro país del primer ISRS, la fluoxetina (1990), usamos tricíclicos, especialmente la clormipramina en casos muy resistentes y hemos constatado la respuesta familiar a su eficacia.

Respecto a los ISRS ya hace años que existen trabajos que muestran su eficacia en menores de 18 años⁶². La fluoxetina en dosis de 20 mg/día es eficaz y bien tolerada⁶³. Por ser la primera en entrar al país y también la más económica, fue la más usada, llegando a dosis de 60 mg/día. Si se elige la sertralina en adolescentes, conviene repartir la dosis, generalmente de 50 a 150 mg/día, en dos tomas diarias por el tipo de farmacocinética del fármaco⁶⁴. Lo mismo se recomienda para la paroxetina⁶⁵, la cual es muy efectiva especialmente cuando la depresión es ansiosa, en dosis de entre 20 a 40 mg/día, pero tiene como efectos secundarios limitantes el aumento de peso⁶⁶ y las disfunciones sexuales. Por esta razón también usamos la fluvoxamina, en dosis entre 100 y 200 mg/día. El citalopram, en dosis entre 20 y 40 mg/día, está mostrando ser efectivo y no tiene problema con el aumento de peso. El bupropión es al parecer el que menos viraje da y se recomienda para la bipolaridad tanto I

como II^{67, 43, 15}. La dosis usada en general oscila entre los 150 a 300 mg/día; aún tenemos escasa experiencia con él para esta faja etaria.

Cuando nos llega un joven con una depresión muy severa y especialmente si no ha respondido a los ISRS, una de las opciones que más hemos usado es la venlafaxina, en dosis media de 150 mg/día, evidenciándose en general una rápida mejoría. En la actualidad, se plantea que en caso de recurrir a antidepresivos sea por períodos breves y que luego se regule al paciente sólo con timolépticos, si es necesario con el agregado de antipsicóticos atípicos.

La mitad de nuestra población recibió también benzodiazepinas y fue clara la inclinación por el alprazolam y el clonazepam; este último tiene también efectos como timorregulador. Se usó principalmente para control de la ansiedad y angustia inicialmente, por la alta comorbilidad con trastornos de este tipo. En algunas oportunidades por los problemas de insomnio se agregó hipnóticos, tratando también de retirarlos a corto plazo.

La electroconvulsoterapia quedó reservada a los casos resistentes, y siempre que se usó la respuesta fue favorable, con un número de sesiones que osciló entre 6 a 12, comenzando con una frecuencia de día por medio y luego dos por semana. Varios autores estudiaron esta estrategia para niños y adolescentes, mostrando su eficacia^{68, 69} con resultados semejantes a la población adulta⁷⁰.

Para completar el tratamiento asociamos siempre que fue posible un proceso psicoterapéutico. Aquí compartimos los planteos de Mirna Weisman (1999), que defiende el uso de la medicación psicótropa, pero dice que mejora con la asociación de psicoterapia. En nuestro caso el más elegido fue de tipo cognitivo y comportamental, por ser para el cual nos formamos. La psicoeducación dirigida al paciente y familia no puede faltar, para lo cual es muy útil apoyarse en material escrito³⁷, videos y estar presente en los medios masivos de difusión.

Evitamos internar a los adolescentes, especialmente porque carecemos de instituciones apropiadas para ellos. Preferimos optar por la internación domiciliaria cuando la familia es continente, pero si el cuadro es muy severo, recurrimos a la internación hospitalaria, por

períodos generalmente menores a un mes, debido a razones económicas. Respecto a la evolución y repercusión de la enfermedad, nos interesa comentar que el deterioro fue más notable en varones, lo que pensamos que está relacionado con la comorbilidad con DAH, trastornos de conducta y abuso de sustancias.

La bipolaridad II puede llevar a consecuencias fatales. Lo vimos en dos de nuestras pacientes en comorbilidad con trastorno alimentario. Desconocemos qué tratamiento estaban recibiendo en el momento del suicidio ya que habían dejado de asistirse con nosotros.

Hay trabajos que muestran que la evolución es peor cuando se inicia la enfermedad antes de los 20 años⁷¹. Como todos nuestros jóvenes comenzaron sus síntomas antes de ese período, aunque hayan consultado luego, no tenemos elementos de comparación. Respecto a la edad vimos que los que consultan más tarde tienen deterioros más severos.

Aproximadamente una tercera parte de la población se mantuvo con una vida prácticamente “normal” y precisamente esos son los casos de ciclotimia o bipolaridad II en los que se realizó precozmente el diagnóstico, se comenzó un tratamiento adecuado y se logró buena adherencia.

VI. Conclusiones y propuestas

- La población que estudiamos de bipolares entre 9 y 23 años, presentó características semejantes a las encontradas en otros trabajos, en lo que respecta a la edad de aparición de síntomas y primera consulta, lapso entre esta y el diagnóstico de bipolaridad, formas de debut del trastorno comorbilidad en eje I y eje II del DSM-IV.
- Se constataron diferencias de debut de la enfermedad en función del sexo, destacándose la alta incidencia en mujeres de comorbilidad con trastornos alimentarios y en hombres con conductas transgresoras que en oportunidades dificultaron el diagnóstico de TB.
- Tuvimos más casos de TB II que tipo I, subgrupo que con frecuencia queda enmascarado en otros cuadros y que puede tener evolución mortal, por lo que es fundamental despistarlo precozmente para comenzar a la brevedad un tratamiento adecuado.
- Sobre la base de nuestros hallazgos y los de otros autores, insistimos en la importancia de la búsqueda exhaustiva de antecedentes familiares, ya que figuran como una de las condiciones esenciales para llegar al diagnóstico correcto.
- Aunque usemos diversos recursos farmacológicos asociados a psicoterapia, la evolución de pacientes con TB de inicio precoz es complicada, siendo también difícil lograr una buena adherencia al tratamiento. Debemos tener presente que las evoluciones peores se ven en varones en los cuales la asociación con trastornos externalizados va consolidando personalidades antisociales, resistentes a todo tipo de tratamiento a medida que el tiempo pasa.
- Compartimos con Coyle et al.⁷² que existe un bajo entrenamiento en trastorno bipolar en los especialistas en Salud Mental de niños y adolescentes y prácticamente este es nulo en psiquiatras generales, pediatras y otros profesionales de atención primaria. Nosotros comprobamos que cuando el entrenamiento se realiza, se llega antes al diagnóstico y se identifican más casos.
- El entrenamiento debe incluir: la forma de presentación de la patología en la adolescencia para facilitar el diagnóstico diferencial, la investigación con profundidad y con destreza de posibles casos del espectro bipolar en los familiares de los pacientes, la búsqueda de bipolares II y ciclotimia para comenzar un tratamiento adecuado y evitar el pasaje a formas más graves o complicaciones predecibles.

Bibliografía

1. **De Ajuriaguerra J.** Manual de psiquiatría infantil. 4ª ed. Barcelona: Toray-Masson, 1977. Cap. 19.
2. **Loranger AW, Levine PM.** Age of onset of bipolar affective disorder. Arch Gen Psychiatry 1978; 35:1345-1348.
3. **Joyce PR.** Ager of onset in bipolar affective disorder and misdiagnosis as schizophrenia. Psychol Med 1984; 14: 145-149.
4. **Ghaemi SN, Boiman EE, Goodwin FK.** Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. J Clin Psychiatry 2000; 61:804-808.
5. **Akiskal HS.** Development pathways to bipolarity: are juvenile-onset depressions pre-bipolar. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34 (6):754-763.
6. **Pataki CS.** Mood disorders and suicide in children and adolescents. En: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott-Williams & Wilkins, 2000, pp. 2740.
7. **Hirschfeld R.** Bipolar depression: the real challenge. Europ Neuropsychopharmacology 2004; 14: S86-S88.
8. **Pinto O.** Epidemiología y diagnóstico de los trastornos bipolares. En: Int. Clinical Pharmacology. For collaboration between research and Clinical Practice. Reunión de Expertos Latinoamericanos. 3 Ag. 2002, Río de Janeiro, Brasil. Suppl. en español. B.A., 2003.
9. **Lewinsohn PM et al.** Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity and course. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34:454-63.
10. **American Psychiatric Association.** DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4ª ed. Washington: APA, 1994.
11. **Carlson GA, Kashani JH.** Manic symptoms in a non-referred adolescents population. J Affect Dis 1988; 15: 219-226.
12. **American Psychiatric Association.** Practice guideline for treatment of patients with bipolar disorder. Washington: APA, 1995.
13. **Weller EB, Weller RA, Sánchez LE.** Bipolar disorder in children and adolescents. En: Lewis M (ed). Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook. William and Wilkins, 1996, pp. 782-791.
14. **Montgomery SA, Schatzberg AF, Guelfi JD, Kasper S, Nemeroff C.** Pharmacotherapy of depression and mixed states in bipolar disorder. J Affect Disord 2000; 59 Suppl. 1:S39-S56.
15. **Bowden ChL.** Treatment of bipolar disorder. In: Schatzberg AF, Nemeroff ChB. Essentials of clinical psychopharmacology. 2001; Cap. 8, pp. 387-397.
16. **Uruguay. Instituto Nacional de Estadística.** Casos de suicidios registrados y tasa de mortalidad, según año. En: <http://www.ine.gub.uy/> 2003.
17. **Lucero R.** Suicidios en el Uruguay: su relación con la economía nacional (1972-1992). Rev Méd del Uruguay 1998; 14 (3): 236-247.
18. **Viscardi N, Dajas F.** Alta tasa de suicidio en Uruguay. II. Evaluación de la desesperanza en adolescentes. Rev Méd del Uruguay 1994; 10:79-91.
19. **Bailador P, Viscardi N, Dajas F.** Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo. Rev Méd del Uruguay 1997; 13:213-223.
20. **Dajas F.** Suicidio en Uruguay: el último incremento y la continua insensibilidad de las autoridades de salud. Rev Psiquiatr Urug 2002; 66 (2):163-164.
21. **Zamora Cabral R, Martínez Spósito A.** Modelo integrativo cognitivo-comportamental y tipológico. Abordaje con adolescentes y jóvenes. Rev Psiquiatr Urug 1994; 63:29-39.
22. **Figiel GS et al.** Subcortical hyperin-

- tensities on brain magnetic resonance imaging: a comparison of normal and bipolar subjects. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1991; 3 (1):18-22.
23. **Mac Donald WM.** Hiperintense lesions on magnetic resonance images in bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 1999; 45 (8):965-71.
 24. **Hendren RL.** Neuroimaging and neuropsychological testing. In: American Psychiatric Association. *Bipolar children and adolescents. Controversies in diagnosis and treatment.* 14 May. Chicago. Abbot Laboratories, 2000, pp. 43-51.
 25. **Kutcher SP.** Child and adolescent psychopharmacology. Philadelphia: Saunders, 1977.
 26. **Green WH.** Child and adolescent clinical psychopharmacology. Baltimore: William and Wilkins, 1995.
 27. **Zamora R, Martínez A.** La consulta psicopatológica en la adolescencia. *Rev Psiquiatr Urug* 1992; 56 (325): 24-39.
 28. **Akiskal HS.** The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol* 1996; 16 (2 suppl. 1): 4S-14S.
 29. **Kusumakar V.** Antidepressants and antipsychotics in the long-term treatment of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 (suppl. 10): 23.28.
 30. **Carlson GA.** Bipolar disorders in children and adolescents. In: Garfinkel B, Carlson GA, Weller EB. (eds.). *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents.* Philadelphia: Saunders, 1990, pp. 21-36.
 31. **Perugi G, Akiskal HS.** The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr Clin North Am* 2002; 35:713-737.
 32. **Weller EB, Weller RA, Tucker SG.** Mania in prepubertal children: Has it been underdiagnosed? *J Affect Disord* 1986; 11:151-154.
 33. **Steiner H.** Evaluation and management of violent behavior in bipolar adolescents. In American Psychiatric Association. *Bipolar children and adolescents. Controversies in diagnosis and treatment.* 14 May, Chicago. Abbot Laboratories, 2000, pp. 33-42.
 34. **Tohen MD.** Strategies for management of comorbidity. In American Psychiatric Association. *Management of bipolar disorder in the current environment.* 5 May, New York. Abbot Laboratories, 1996, pp. 16.
 35. **Ballenger JC.** The "atypical" presentation of adolescent mania. *Am J Psychiatry* 1982; 139:602-606.
 36. **Sasson Y, Chopra M, Harrari E, Amitai K, Zohar.** Bipolar comorbidity from diagnostic dilemmas to therapeutic challenge. *Int Neuropsychopharmacol* 2003; 6 (2):139-44.
 37. **Retamal P.** Enfermedad bipolar: guía para el paciente y la familia. Santiago: Mediterráneo, 2001.
 38. **Alda M.** The phenotypic spectra of bipolar disorder. *Europ Neuropsychopharmacology* 2004; 14:S94-S99.
 39. **Keck PE.** Anticonvulsants in the treatment of bipolar disorder. *Neuropsych Clin Neuroscience* 1992; 4(4): 395-405.
 40. **Wagner KD.** Controversies in the treatment of bipolar children and adolescents. In: American Psychiatric Association. *Bipolar children and adolescents. Controversies in diagnosis and treatment.* 14 May, Chicago. 2000. Abbot Laboratories, pp. 21-33.
 41. **Wagner KD.** An open-label trial of divalproex in children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41 (10):1224-1230.
 42. **Gyulai L.** Maintenance efficacy of divalproex in the prevention of bipolar depression. *Neuropsychopharm* 2003; 28 (7):1374-1382.
 43. **Bowden Ch.** Treatment of bipolar disorder. In: American Psychiatric Association. *Cutting edge issues in psychopharmacology.* May.5. 1996. New York. Abbot Lab, pp. 17-24.
 44. **Hellewell JSA.** Oxcarbazepina en el tratamiento de los trastornos bipolares: revisión de eficacia y tolerabilidad. *J Affect Disorders* 2002; 72:S23-S24.

45. **Deutschman DA, Deutschman DH, Chalekian JS.** In: Congreso, 157. American Psychiatric Association, San Francisco. EE.UU. May. 2003. NR 46.
46. **Nasr S, Casper ML.** Uso de oxcarbazepina en el tratamiento de los trastornos del ánimo. In: Congreso, 156. American Psychiatric Association. May Philadelphia, EE.UU., 2002.
47. **Ben-Menachem E.** Topiramate: current status and therapeutic potential. *Exp Opin Invest Drugs* 1997; 6 (8):1085-1094.
48. **Glauser TA.** Topiramate. *Seminars in Pediat Neurol* 1997; 14 (1) March, pp. 34-42.
49. **Chengappa KNR.** Long-term effects of topiramate on bipolar mood instability, weight change and glycemc control: a case-series. *Eur Psychiatry* 2002; 16: 186-190.
50. **Janssen-Cilag.** Monografía trastorno bipolar. Topamax. Puebla. *Adoles Psychopharmacol* 2001; 6: 259-271.
51. **Vieta E.** Adjunctive topiramete in Bipolar II Disorder. *World J Biol Psychiatry* 2003; 4:172-176.
52. **Calabresse JR.** Estudio doble ciego, controlado con placebo, de monoterapia con lamotrigina en pacientes ambulatorios con depresión bipolar I. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(2):79-88.
53. **Grunze H.** World Federation of societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of bipolar disorders, Part I: treatment of bipolar depression. *World Biol. Psychiatry* 2002; 3:115-124.
54. **Huffman R.** Seguridad y eficacia de la lamotrigina para el tratamiento a largo plazo de la depresión bipolar. In: American Psychiatric Association 2000- Annual Meeting, Chicago, IL, USA, 13-18 May. 2000.
55. **Bentley B.** Un estudio abierto, de un año de duración, de la seguridad y eficacia de Lamotrigina en el tratamiento de la depresión bipolar. *Int J Neuropsychopharmacol* 2000; 3: Suppl I: S340.
56. **Calabrese JR.** Depression mood stabilization: novel concepts and clinical management. *Europ Neuropsychopharmacology* 2004; 14: S100-S107.
57. **Herman E.** Lamotrigine; a depression mood stabilizer. *Europ Neuropsychopharmacology* 2004; 14:89-93.
58. **Carta M et al.** The clinical use of gabapentin in bipolar spectrum disorders. *J Affect Disord* 2003; 75 (1):83-91.
59. **Zárate CA.** Combination treatment with atypical antipsychotic agents in bipolar disorder. In: American Psychiatric Association. Responding to the challenge of treating bipolar disorder. Annual Meeting. 8 May. New Orleans. Glaxo SmithKline, Inc. 2001, pp. 65-74.
60. **Sotullo CA.** Olanzapine in the treatment of adolescent acute mania: a report of seven cases. *J Affect Disord* 1999; 53 (3): 279-283.
61. **Del Bello M.** Double-blind, randomized, placebo controlled study of quetiapine as adjunctive treatment for adolescent mania. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 2002; 41(10):1216-122.
62. **Popper ChW.** Practical techniques in child and adolescent psychopharmacology. En: Annual Meeting, 140th. APA. New York, 4-9 May. Course 106.
63. **Emslie GJ.** Fluoxetine for acute treatment of depression in Children and adolescents: a placebo-controlled, randomized clinical trial. *J Am Acad child Adoles Psychiatry* 2000; 41:10.
64. **Axelson DA.** Sertraline pharmacokinetics and dynamics in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 41 (9):1037-1044.
65. **Nemeroff CB.** Double-blind, placebo-controlled comparison of imipramine and paroxetine in the treatment of bipolar depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158(6): 906-912.
66. **Nemeroff CB.** Safety of available agents used to treatment bipolar disorder: focus on weight gain. *J Clin Psychiatry* 2003; 65 (5):532-539.
67. **Shopsin B.** Bupropion's prophylactic efficacy in bipolar affective illness. *J Clinic Psychiatry* 1983; 44:163-169.
68. **Rey JM, Walter G.** Half a century of

ECT use in young people. *Am J Psychiatry* 1997; 154:595-602.

- 69. Strober M.** Effects of electroconvulsive therapy in adolescents with severe endogenous depression resistant to pharmacotherapy. *Biol Psychiatry* 1998; 43: 335-338.
- 70. Bloch Y.** Electroconvulsive therapy in adolescents: similarities to and differences from adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40(11):1332-1336.
- 71. Mc Clashen TH.** Adolescent versus adult onset mania. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 221-224.
- 72. Coyle JT.** Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42(12):1494-503.