



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

# 13 Trastorno bipolar y conducta suicida en adolescentes

AQUILINO POLAINO-LORENTE

## 1. Introducción

En la literatura científica disponible se ha dedicado escasa atención a los trastornos bipolares en la infancia y adolescencia, a pesar de que durante el siglo pasado se ocupasen de ello bajo la denominación de psicosis maniaco-depresivas en la infancia y adolescencia, tal y como ha puesto de manifiesto, recientemente, Domènech Llaberia (1993).

A lo largo de la primera mitad de nuestro siglo hubo un cierto descuido en el estudio de estos problemas, desembocando en una importante confusión, especialmente en lo que se refiere al diagnóstico y evaluación (Rodríguez Sacristán, 1993). En la década de los cincuenta la atención se focaliza más en el estudio de las psicosis maniaco-depresivas (Campbell, 1952; Harms, 1952; Stenstedt, 1952; Fischer, 1955; Landolt, 1957), paradójicamente cuando las depresiones infantiles apenas si ocupaban un lugar en la nosología psiquiátrica.

En las dos siguientes décadas, acaso porque el énfasis se pone en otras entidades clínicas, la literatura disponible sobre esta enfermedad decrece notablemente. Hay que esperar hasta los setenta, para que los estudios sobre la depresión infantil comiencen a ocupar el lugar destacado que, con toda justicia, le correspondía. En la literatura actual también se percibe, como una constante, esta carencia, aunque a lo que parece su desarrollo va en aumento (Polaino-Lorente, 1988).

Algunos autores agruparon ciertos síntomas depresivos en la infancia —especialmente los que suelen acompañar a las depresiones agitadas (irritabilidad, hiperactividad, etc.)—, interpretándolos como supuestos indicadores o posibles predictores de lo que en su día podrían constituir el elenco sintomatológico y clínico de los episodios maníacos o hipomaniacos. Tal interpretación no parece que fuera muy afortunada, puesto que se hizo desde las claves propiciadas por la psicopatología del adulto.

En lo que respecta a los trastornos bipolares en la infancia, el autor de estas líneas se reafirma en lo ya sostenido con anterioridad (Polaino-Lorente, 1994): su infrecuencia y/o difícil comprobación clínica. Es posible que ello se deba a una pluralidad de factores muy diversos, entre los que cabe destacar los siguientes:

- Dificultades de expresión en la infancia de las variaciones del estado de ánimo.
- Enmascaramiento de esta expresividad por la inestabilidad psicomotora, mucho más frecuente en estas etapas.
- Ausencia de estudios anamnésticos en pacientes adultos, con trastorno bipolar, relativos a poner de manifiesto la presencia o no de estas alteraciones durante la adolescencia.

— Enmascaramiento, en el caso de que las hubiera, por otras conducta relacionadas con estas alteraciones maníacas y, sin embargo, fácilmente atribuibles a otras causas (consumo de drogas, fracaso escolar y socioprofesional, promiscuidad, agresividad, inseguridad, delincuencia, etc.).

Sea como fuere, el hecho es que la consideración de los trastornos bipolares adolescentes, en el contexto de la clínica, ha quedado fuera de foco y hoy casi brilla por su ausencia este diagnóstico. Y, sin embargo, los trastornos bipolares inciden también sobre los adolescentes y con una relevante gravedad, sobre todo si se les considera desde la perspectiva del suicidio, como aquí tendremos ocasión de observar.

En los datos que a continuación se presentan nos hemos atenido a los criterios establecidos por el DSM-IV (1995) para estos trastornos. Recordemos que los trastornos bipolares constituyen, en la actualidad, el segundo gran apartado, en el DSM-IV (1995), de los trastornos del estado de ánimo e integran el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II y el trastorno ciclotímico. En el ámbito del trastorno bipolar I, se distinguen las siguientes formas clínicas: episodio maníaco único (EMU); episodios más recientes hipomaníaco (EH), maníaco (EMa) y mixto (EMx); episodio más reciente depresivo (ED), y episodio más reciente no especificado (ENE).

## 2. El suicidio en los adolescentes

El suicidio en la adolescencia tiene un perfil muy recortado, dentro de la ambigüedad y complejidad del tema que netamente le diferencia del suicidio del adulto. En la última década se ha hecho un gran esfuerzo investigador en el estudio del suicidio adolescente —confróntese, por ejemplo, la recopilación bibliográfica publicada por McIntosh (1985), bajo el título de *Research on Suicide*—, relacionándolo, principal aunque no exclusivamente, con la depresión.

Pero constituiría un grave error reducir el suicidio a una mera consecuencia de la depresión, a pesar de que el fantasma de la depresión ande siempre rondando por los alrededores del suicidio. La multiplicidad de causas etiológicas (sociales, culturales, familiares, escolares, psicológicas y biológicas) hace que, por el momento, sea imposible ofrecer un modelo acabado o una explicación satisfactoria del suicidio en los adolescentes.

Por otra parte, la necesaria distinción entre tentativas suicidas y suicidio consumado, que aquí se presenta, contribuye a enriquecer todavía más el problema, dificultando su comprensión. Si a ello añadimos los auténticos intentos suicidas y los parasuicidios o pseudo-suicidios (conductas de simulación e imitación), las dificultades se acrecientan. Lo mismo sucede respecto de la necesaria distinción entre las ideas suicidas y los actos suicidas.

En cualquier caso, por los sentimientos ambivalentes y contradictorios a que el adolescente está sometido, se debate muy frecuentemente entre el deseo de vivir y el deseo de morir. La inestabilidad emocional les instala en un precario equilibrio, hecho de amenazas y de miedos, de autoafirmaciones y de protagonismos, de dependencias e independencias afectivas, que muy pronto cualquier pequeño conflicto desbarata y arruina.

Nada de extraño tiene que se haya incrementado vertiginosamente la incidencia de suicidios en la adolescencia durante las dos últimas décadas, hasta el punto de haber sido calificado por algún autor como un epifenómeno característico de la actual subcultura adolescente.

El suicidio en la adolescencia constituye la segunda causa más frecuente de muerte, sólo superada por los accidentes (United States Department of Health, 1975; OMS, 1975; Rosenkrantz, 1978). A parecidos resultados han llegado los investigadores franceses (Davidson y cols., 1981).

Es presumible, si nos atenemos a los recientes estudios realizados con cohortes, que la actividad suicida en este grupo de edad probablemente continúe en aumento en los próximos años (Hellon y cols., 1980; Murphy y cols., 1980).

Se estima que, de cada mil adolescentes, cuatro hacen una tentativa de suicidio. Hace menos de veinticinco años que el suicidio constituye la sexta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad. El *suicidio* es más frecuente entre los adolescentes que entre los jóvenes; las *tentativas de suicidio*, en cambio, son mucho más frecuentes entre los jóvenes que entre los adultos. Muchas de estas tentativas acaban en suicidio consumado. La proporción entre intentos de suicidio y suicidio consumado es mucho menor entre los jóvenes (varía de 20/1 a 120/1), que entre los adultos (8/1).

Según la revisión bibliográfica realizada por Husain y cols. (1984) hay más varones adolescentes que consuman el suicidio (65 por 100) que hembras (35 por 100), mientras que esta proporción se iguala en los intentos de suicidio no consumado (52,4 por 100 y 47,6 por 100, respectivamente).

Sin duda alguna, las características peculiares de los adolescentes que consuman el suicidio pueden reunirse en las siguientes: presencia de enfermedad depresiva como factor precipitante (30 por 100, frente al 16,3 por 100 en los intentos de suicidio); existencia de antecedentes de intentos suicidas (55 por 100, frente al 22,4 por 100 en los no consumados); abuso de alcohol y drogas (25 por 100, frente al 4,2 por 100), y antecedentes de suicidio materno (15 por 100, frente al 4,8 por 100).

La morbilidad suicida entre los adolescentes es de dos a cuatro veces mayor que en la población general (de 300 a 600 intentos suicidas por 100.000 jóvenes, de 10 a 20 años, frente a 150 en la población adulta).

El acto suicida en esta edad es casi siempre un acto impulsivo, no preparado, que se frustra en lugar de alcanzar su propósito. De aquí que su potencial letalidad sea menor que en el adulto (uno de cada 160 en las chicas y 1 de cada 25 en los chicos, entre 15 y 24 años de edad, frente a 1 de cada 10 en la población general).

Ahora bien, como las recidivas son más frecuentes y muchas de ellas logran su propósito, resulta muy difícil hacer una estimación objetiva de la letalidad del suicidio adolescente. De hecho, las recidivas acontecen en uno de cada tres casos. En cualquier forma, como vienen mostrando los estudios longitudinales, la tasa de mortalidad, en los

sujetos que intentan el suicidio, es diez veces mayor durante los cinco años siguientes a la primera tentativa suicida, que en los chicos de la misma edad.

El número de suicidios registrados en Estados Unidos, entre jóvenes de 15 a 19 años de edad, es muy superior en los varones que en las hembras (14,2-3,4). Esta proporción, según Eisenberg (1980), se mantiene entre jóvenes de 20 a 24 años de edad (29,9-7,3). Estos datos pueden parecer alarmantes y, sin duda alguna, lo son, pero probablemente son muy incompletos, puesto que gran parte de los intentos suicidas en estas edades no se denuncian y, por tanto, pasan inadvertidos. En España no disponemos, prácticamente, de ninguna investigación epidemiológica que sea fiable a este respecto, ya que las estadísticas oficiales aparecen muy sesgadas al recoger sólo datos parciales (los que se denuncian a los juzgados).

### 3. Factores precipitantes del suicidio en los adolescentes

Resulta bastante comprometido determinar qué factores precipitan la toma de decisiones suicidas en el adolescente. La información suministrada por padres y profesores es, a este respecto, muy escasa. De ordinario, son ellos los que se cuestionan acerca de cuál sea la razón por la que el adolescente ha intentado suicidarse. Por otra parte, las informaciones que los adolescentes nos suministran, aunque más acertadas y útiles, están sesgadas en otros muchos casos por sus erróneas atribuciones, magnificando la última circunstancia —hecho anecdótico que les impulsó hacia ese comportamiento—, e ignorando por completo una larga historia de acontecimientos y vicisitudes que equivocadamente consideran irrelevantes respecto de lo que les ha sucedido.

Si nos atenemos a los resultados obtenidos por Otto (1972), estos factores precipitantes no son demasiado numerosos. En una muestra de 887 adolescentes suicidas, la primera causa de suicidio referida por ellos consistió en los *conflictos amorosos*, siendo más importante en las chicas (39 por 100) que en los chicos (27 por 100). A esta causa le siguen los problemas familiares (35 y 220, respectivamente), las enfermedades mentales (14 y 36 por 100, respectivamente) y los problemas escolares (7 y 6 por 100, respectivamente). Uno de cada cinco adolescentes, que han intentado el suicidio, lo atribuyen a sus conflictos con el otro sexo; no obstante, sólo uno de cada 10 padres están de acuerdo con esta explicación, lo que pone de manifiesto las disonancias cognitivas y el mutuo desconocimiento existentes entre padres e hijos sobre este particular.

Hay otros factores precipitantes que eran prácticamente irrelevantes treinta años atrás y que hoy, sin embargo, son considerados como factores decisivos en la consumación del suicidio. Me refiero en concreto al *consumo de drogas* y al *embarazo* de las adolescentes (Polaino-Lorente y Martínez, 1995).

Blaine y cols. (1968), encontraron que el 45 por 100 de los estudiantes universitarios que habían intentado el suicidio consumía crónicamente marihuana y LSD, frente a sólo el 15 por 100 del grupo control de estudiantes que jamás había intentado el suicidio.

Davidson y cols. (1978), encontraron entre los estudiantes del Liceo dos grupos con tentativas suicidas bien diferenciadas, entre los que habían consumido drogas. El primero sólo había consumido drogas menores esporádicamente y constituyó el 8 por 100 de la

población estudiada. El segundo había consumido narcóticos, alucinógenos y estimulantes, eran consumidores habituales y se agrupaban en el 5 por 100 de la población estudiada. En este último grupo había muchos rasgos de inadaptación social, irritabilidad, conducta delictiva, etc., lo que suponía un mayor riesgo de vulnerabilidad respecto del suicidio.

Los intentos suicidas son, en los drogadictos, doce veces más frecuentes que entre los adolescentes de la población general. Para los consumidores de *heroína* la tasa de mortalidad es 20 veces superior a la esperada en la población general. Entre los consumidores de *anfetaminas* que usan la vía intravenosa, la tasa de mortalidad es 4 veces mayor que en la población general (Kaplan y cols., 1972).

El abuso de *alcohol* también constituye un importante factor precipitante. Según Sainsbury (1978), los varones alcohólicos se suicidan 4 veces más que las mujeres de la misma edad. Se ha estimado que aproximadamente el 16 por 100 de todas las muertes en los alcohólicos se deben al suicidio. En Australia, se ha informado que el 25 por 100 de los varones y el 8 por 100 de las hembras suicidas fueron diagnosticadas con anterioridad de alcoholismo.

En una población constituida por 155 polidrogadictos, Ward y cols. (1980), encontraron que el 31 por 100 había intentado suicidarse, estimándose la letalidad de esos intentos como alta en el 19 por 100 de los casos, y media en el 12 por 100 de los casos. A lo que parece, las adolescentes consumidoras de drogas tienen mucho mayor riesgo de suicidio que los drogadictos varones de la misma edad.

Ward y cols. (1980) estudiaron los factores que *incrementaban el riesgo de suicidio entre los consumidores de drogas*, proporcionándonos el siguiente listado: divorciados y personas que cohabitan sin estar casadas; antecedentes de hiperactividad infantil; el hecho de haberles calificado sus padres como niños incorregibles; haber sido diagnosticados de sociopatía; haber recibido tratamiento psiquiátrico en hospitales; antecedentes de depresión en la madre y padecimiento de sintomatología depresiva.

De aquí se concluye que el suicidio y el consumo de drogas están fuertemente coimplicados. De hecho, numerosos autores consideran que el consumo de drogas es un comportamiento autodestructivo. Algunos de ellos no tienen inconveniente en emplear el término de «suicidio lento», para describir el comportamiento de los toxicómanos.

Otro factor que se ha sumado a las causas precipitantes del suicidio es el embarazo de las jóvenes adolescentes. En la población estudiada por Otto (1972), el 4,6 por 100 de las adolescentes suicidas —muchas de ellas menores de 17 años de edad— informaba que su embarazo no deseado había sido la causa precipitante. En una muestra más amplia, constituida por 1.226 chicas adolescentes, este mismo autor encontró que 75 de ellas (6,1 por 100) habían intentado el suicidio durante su estado de gestación y reconocían que el embarazo era la causa principal de ello. En la investigación de Marks (1979), el 11 por 100 había tenido problemas de pareja y el 4 por 100 de las chicas estaban embarazadas, en contra de sus deseos.

Este factor es por sí solo tan relevante, que muchos autores lo incluyen entre los factores precipitantes del suicidio en la adolescencia. En la opinión del autor de estas líneas, su inclusión allí es pertinente con tal de que satisfaga las tres condiciones siguientes: la primera, que se trate de embarazos en chicas muy jóvenes, cuyas familias responderían

de forma especialmente conflictiva al recibir tal información; la segunda, que se trate de homosexuales con graves conflictos de pareja, a los que con frecuencia se asocian otras alteraciones coportamentales o psiquiátricas, y la tercera, que la edad de ambos sea inferior a los 20 años.

Los factores familiares están también fuertemente implicados en el suicidio adolescente. Los adolescentes con más riesgo suicida forman parte de familias que no se rigen por normas concretas, que están muy desorientadas culturalmente y cuyos padres no ejercen la autoridad. Algunos autores interpretan estos resultados afirmando que algunos intentos suicidas pueden ser vistos como una forma extrema de reaccionar a la anomia familiar.

Davidson y cols. (1981) informaron de los siguientes resultados: uno de cada tres adolescentes suicidas proceden de familias cuyos padres se han separado; la ausencia psicológica del padre constituye un factor primordial en la génesis del suicidio del adolescente, al que suelen sumarse la indiferencia, la hostilidad y la permisividad o el exceso de autoridad.

Teicher (1970), es acaso uno de los autores que ha suministrado, a este respecto, la información más escalofriante. Entre los adolescentes admitidos en el *County-USC Medical Center* pudo constatar los siguientes problemas familiares: en el 20 por 100 de todos los adolescentes con intentos suicidas, uno de los padres había intentado suicidarse; este porcentaje ascendía al 40 por 100 si se consideraban además de los padres a los familiares y amigos íntimos.

El 72 por 100 vivía con uno de sus padres por estar el otro ausente de casa (divorcio, separación, etc.). El 84 por 100 de los adolescentes que intentaron el suicidio vivían con su padre político, con el que no se sentían satisfechos; en el 58 por 100 de ellos, sus padres habían contraído matrimonio más de una vez. En el 62 por 100 de los casos, ambos padres trabajaban, lo que suponía que convivían de hecho con uno sólo de los padres, por estar trabajando el otro.

El 50 por 100 de estos adolescentes suicidas pertenecían a una familia cuyos ingresos familiares oscilaban entre 2.700 y 3.600 dólares al año. El 10,42 por 100 había experimentado numerosos cambios en el ambiente familiar (nuevo casamiento de uno de los progenitores, muerte de uno de los familiares, familiares hospitalizados, cambios de escuela, abandonos del hogar, etc.). El 74 por 100 manifestó vivir continuamente con una familia calificada como extremadamente conflictiva. El 16 por 100 manifestaba tener serios problemas, ocasionados por el alcoholismo de uno de los padres. Muchos de ellos habían vivido temporadas fuera de casa.

También era muy marcada la movilidad de la residencia familiar, los cambios de colegio y los abandonos del hogar de algunos de sus hermanos. Junto a los datos suministrados por Teicher, el factor de la pérdida de uno de los padres parece ser determinante, especialmente si ésta ocurre en edades muy tempranas. Probablemente, esa pérdida condiciona una gran dificultad —la imposibilidad casi— en el proceso de identificación con el respectivo progenitor.

Entre los adolescentes procedentes de padres divorciados, se encontró una mayor incidencia de pensamientos suicidas, cuando la pérdida correspondía al padre en lugar de la madre. El deterioro de la estabilidad familiar era mucho más marcado entre los adoles-

centes con ideas suicidas que entre los que no tenían estos pensamientos. Sólo el 8 por 100 de los sujetos con ideas suicidas gozaba de estabilidad familiar, frente al 65 por 100 de los sujetos sin pensamientos suicidas. Las familias del 92 por 100 de los adolescentes con pensamientos suicidas fueron calificadas como inestables o caóticas. Según esto, la estabilidad familiar parece actuar como una variable moduladora de los efectos de la pérdida parental sobre las cogniciones suicidas de los adolescentes.

Los datos anteriores confirman los hallazgos comunicados por Crook y cols. (1975): la pérdida de uno de los padres determina la desestructuración del núcleo familiar y un empobrecimiento de las relaciones interpersonales, lo que, a su vez, puede incrementar la frecuencia e intensidad de los pensamientos suicidas. Según estos últimos autores, el divorcio o la separación pueden afectar tan gravemente o más a los adolescentes que la muerte de uno de los padres.

En cualquier caso, ambas circunstancias condicionan la aparición de una situación conflictiva en la que los problemas se muestran insolubles, emergiendo la frustración y el estrés, lo que es percibido por el niño o el adolescente como una autodefensa de la que muy difícilmente sabe defenderse.

Sería estúpido, no obstante, sacar de aquí la conclusión de que el comportamiento suicida en la adolescencia depende exclusivamente de estos factores familiares, no importa lo graves o leves que éstos sean. El comportamiento suicida en la adolescencia responde a una etiología multifactorial y no es reducible a sólo la presencia de los anteriores factores familiares.

Un factor del que en ocasiones ha abusado demasiado la prensa sensacionalista es el representado por las *dificultades escolares y académicas*. Ni la escuela ni la Universidad son responsables (a no ser excepcionalmente) de los suicidios en los adolescentes; en todo caso, esa responsabilidad, cuando excepcionalmente ocurre, gravita casi siempre en el mal entendimiento entre determinado profesor y su alumno.

Sin embargo, el grado de dificultad de los aprendizajes o la excesiva presión por obtener unos brillantes logros académicos pueden contribuir, en ocasiones, al suicidio de los adolescentes. En ese caso, la responsabilidad revierte, con mayor importancia, sobre los padres —que, sin duda alguna, son los que presionan a sus respectivos hijos en estos temas—, que sobre los profesores.

En la ya tradicional investigación de Blaine y cols. (1968), realizada con estudiantes universitarios procedentes de las Universidades de Harvard y Maddiffe, se encontró que la mayor incidencia de suicidio ocurría en los estudiantes de los primeros y los últimos cursos, respectivamente, de ambas instituciones universitarias. Este factor, en la población universitaria, repercute más intensamente en los varones que en las hembras. A lo que parece, a las personas más estables, las exigencias académicas les afectan menos. También la incidencia de enfermedades crónicas entre los estudiantes universitarios les hace ser más vulnerables al nivel de exigencia académica respecto de la conducta suicida. El 21 por 100 de los alumnos estudiados por el equipo de los autores anteriores regresaron a casa y no volvieron durante ese curso a la Universidad; el 54 por 100 de la totalidad de los sujetos estudiados interrumpieron, definitivamente, sus estudios. En las chicas que intentaron el suicidio, los conflictos y desengaños amorosos jugaron un papel tan relevante o más que las exigencias académicas.

En otra investigación de Mcarney (1979), se concluye que las exigencias académicas excesivas tienden a aumentar la tasa de suicidio durante la adolescencia, especialmente en aquellas sociedades que privilegian los logros académicos, intensificándose más este efecto cuando las familias ponen un especial énfasis en la valoración de sus respectivos hijos, únicamente en función de los éxitos académicos. Este factor resulta más importante cuando coincide con otras dificultades de tipo familiar.

Las excesivas exigencias académicas se asocian, en otras ocasiones, con *dificultades en la conducta sexual*. En la investigación de Davidson y cols. (1978), un adolescente de cada seis, independientemente de que fueran varones o hembras, tenía problemas de tipo sexual, consistentes en impotencia, frigidez, angustia, homosexualidad, etc. El 7,5 por 100 de las chicas que intentaron el suicidio interrumpieron voluntariamente su embarazo a causa del intento suicida. Por otra parte, el 4 por 100 de las que intentaron suicidarse habían abortado previamente. De ellas, tres habían sufrido incesto y dos habían sido objeto de violación.

Un último factor —*at last but not least*—, es el *aislamiento social* y las situaciones de alienación social. Curiosamente, este factor es coincidente con lo que sucede en la población de la tercera edad, en la que la tasa de suicidios es también muy alta. La mayor parte de los investigadores del suicidio coinciden en señalar que el aislamiento social es uno de los factores que implica un riesgo más alto entre las personas de la tercera edad. La vida en las grandes ciudades, la ausencia de relaciones interpersonales, la prisa, la movilidad social, los cambios de residencia y de centro educativo, favorecen, sin duda alguna, este aislamiento social (McArney, 1979).

La falta de experiencia, el déficit en habilidades sociales y la tendencia al aislamiento, tan frecuentes entre los adolescentes, contribuyen a hacerles más vulnerables frente a este factor. En algunos adolescentes el excesivo peso o la percepción de una talla desproporcionada, sea esta real o imaginaria, condicionan su desconexión con los grupos de referencia con los que habitualmente tendrían que relacionarse.

La dificultad por superar la crisis natural de dependencia/independencia respecto de sus padres, a la vez que su idealismo y deseos de autoafirmación, facilitan mucho el repliegamiento en ellos mismos y, en ocasiones, la carencia más absoluta de los necesarios soportes sociales, sin cuya ayuda no pueden hacer frente a sus pequeños conflictos.

#### 4. Revisión clínica de un grupo de adolescentes con trastorno bipolar I

El estudio de la historia natural de los trastornos psicopatológicos en la infancia (Zeitlin, 1990) constituye una de las vías regias para adentrarse en su conocimiento, como ya se probó en otro lugar (Polaino-Lorente, 1992 y 1994). De aquí la importancia de los estudios longitudinales en los que sea riguroso el seguimiento de los pacientes. Pero no son pocas las dificultades con las que el investigador se encuentra, dada la movilidad social de la población infantil y de la escasa colaboración de los padres —especialmente en los países mediterráneos— con el equipo investigador.

Los datos analizados en las líneas que siguen no debieran entenderse en el estricto sentido de lo que se ha dado en llamar historia natural de la enfermedad, ni tan siquiera como un estudio de seguimiento que fuera específicamente diseñado para esta ocasión. Son apenas el resultado de haber revisado las historias clínicas de los pacientes adolescentes, actualmente en tratamiento en la Unidad de Adolescentes de la Clínica Salvia de Madrid, con tal de que satisficieran las cuatro condiciones siguientes:

- Estar en tratamiento en la actualidad.
- Satisfacer los criterios del DSM-IV, respecto del trastorno bipolar I.
- Disponer de una historia clínica psiquiátrica, con anterioridad a la adolescencia.
- Ser adolescentes en el momento en que se realizó esta revisión.

Sólo se han encontrado quince adolescentes, que satisficieran los anteriores criterios, en lo que respecta al diagnóstico de trastorno bipolar I. De los quince pacientes, diez eran varones y cinco hembras. La distribución de los pacientes, según sexo y forma clínica de trastorno bipolar I, aparece en la tabla 13.1.

TABLA 13.1

*Distribución de los pacientes adolescentes con trastorno bipolar I, en función del sexo y de la forma clínica*

	EMU	EH	EMa	EMx	ED
Varones	1	2	4	2	1
Hembras	2	0	2	0	1
Totales	3	2	6	2	2

EMU = Episodio maníaco único; EH = Episodio hipomaníaco; EMa = Episodio maníaco; EMx = Episodio mixto; ED = Episodio depresivo.

#### 4.1. Formas clínicas del trastorno bipolar I

Aunque en una muestra tan pequeña apenas si se puede concluir algo, es curioso hacer notar, no obstante, que ninguna de las cinco chicas adolescentes fueron diagnosticadas de EH y EMx; en cuatro de ellas, sin embargo, el diagnóstico fue de EMU (2) y EMa (2), lo que contrasta con un solo caso hallado de ED.

Algo parecido sucede en los varones adolescentes, ya que en seis de ellos el diagnóstico apuntó predominantemente a los episodios maníacos e hipomaníacos (EH y EMa, respectivamente). Por contra, sólo en tres de ellos se hizo manifiesta la sintomatología depresiva. Esto indica —al menos para esta muestra— que la sintomatología maníaca e hipomaníaca está presente en algunos adolescentes y que el clínico, de estar avisado, ha de reparar en ella.



Todos los pacientes fueron asistidos por el mismo equipo clínico que, con anterioridad, les había tratado cuando niños, por presentar otros trastornos psiquiátricos. El tiempo transcurrido entre la primera consulta (durante la infancia) y la última, en la que se les diagnosticó de trastorno bipolar I, osciló entre cinco y diez años.

En la tabla 13.2 se informa de los diversos trastornos por los que fueron tratados durante la infancia, especificando, además del diagnóstico y el sexo, sus antecedentes familiares. La hiperactividad infantil (7) constituye el diagnóstico infantil más frecuente y significativo en esta muestra de pacientes adolescentes, seguido a continuación de depresión (4), enuresis (3) y dislexia (1). La incidencia de depresión en la infancia es numéricamente la misma en ambos grupos, a pesar de ser el doble el número de chicos que de chicas, desde la perspectiva de los datos comunicados por los estudios epidemiológicos (McArney, 1979). En lo que respecta a la hiperactividad infantil, sorprende también la alta frecuencia en las chicas de esta pequeña muestra (2 hembras, frente a 5 varones), a pesar del acuerdo unánime de los investigadores sobre la muy alta prevalencia de este trastorno en los varones (Polaino-Lorente y Cabanyes, 1995). La incidencia de enuresis y dislexia entre los pacientes de esta muestra no manifiestan ningún dato de interés, al confirmar una vez más lo que los estudios epidemiológicos vienen sosteniendo a este respecto.

En lo relativo a los antecedentes familiares, no debe soslayarse la alta frecuencia de padres hiperactivos (5) y con psicosis maniaco-depresiva (2), además de la relevancia de la presencia de las madres depresivas.

TABLA 13.2

*Manifestaciones psicopatológicas durante la infancia en adolescentes con trastorno bipolar I, en función del sexo y de los antecedentes familiares*

Diagnóstico	V	H	Antecedentes familiares
Hiperactividad infantil	5	2	Tres padres con hiperactividad Un padre y una madre con PMD
Depresión	2	2	Una madre con depresión
Enuresis	2	1	Un padre enurético
Dislexia	1	0	Sin antecedentes

## 5. Suicidio y trastorno bipolar en los adolescentes

En la tabla 13.3 aparecen las diversas manifestaciones de la fenomenología del comportamiento suicida, en función del sexo de los pacientes de esta muestra. Aquí se ha hecho la distinción entre ideación suicida (IdS), amenazas suicidas (AS), cogniciones suicidas (CgS), parasuicidio (PS) e intentos suicidas (IntS), de acuerdo con los criterios establecidos por la mayoría de los autores (confróntese Polaino-Lorente, 1988).

Es obligado hacer notar ahora aquellos aspectos que por su relevancia, a pesar de ser una muestra muy pequeña, no debieran omitirse. Me refiero, claro está, a la presentación

excesivamente frecuente de los parasuicidios (conductas de simulación e imitación) en esta muestra de adolescentes (en 6 varones y 4 hembras), así como de las cogniciones suicidas (en 10 de los 15 pacientes). Siguen luego las amenazas suicidas que, de ordinario, se producen asociadas, principalmente, a los conflictos familiares (3 varones y 4 hembras), mientras que decrece algo la frecuencia de las ideas e intentos suicidas (4 y 5, respectivamente). Todo esto viene a subrayar el gran riesgo potencial de suicidio que acontece entre los adolescentes con trastorno bipolar I, cuestión que jamás debiera subestimarse o despreciarse.

TABLA 13.3

*Distribución de los pacientes, en función de la fenomenología del comportamiento suicida y el sexo*

	IdS	AS	CgS	PS	IntS
Varones	3	3	5	6	3
Hembras	1	4	5	4	2

IdS = Ideación suicida; AS = Amenazas suicidas; CgS = Cogniciones suicidas; PS = Parasuicidio; IntS = Intentos suicidas.

### 5.1. Fenomenología de la conducta suicida

El psiquiatra y el psicólogo clínico deberían estar advertidos de estos problemas —de manera que no les pasen inadvertidos—, a la vez que se les informa, especialmente, de las conclusiones que se derivan de esta revisión:

- En primer lugar, de la presencia de la manía e hipomanía en esta etapa de la vida, algo mucho más frecuente de lo que pensamos y en lo que, de ordinario, apenas si se repara.
- En segundo lugar, del riesgo de suicidio que estos pacientes tienen, con independencia de que sean muy frecuentes el parasuicidio, las amenazas y tentativas suicidas, y más infrecuentes los intentos suicidas o el suicidio consumado (una exposición más sistemática, a este respecto, puede encontrarse en Polaino-Lorente, 1988, págs. 160-190).
- En tercer lugar, las manifestaciones sintomatológicas del trastorno bipolar I en estos pacientes fueron bastantes homogéneas y sin importantes variaciones, a excepción de lo que se reseña a continuación: en los varones el consumo de alcohol y drogas fue más intenso y frecuente que en las hembras (sólo dos de ellas). En las cinco hembras, en cambio, se dio la prodigalidad y promiscuidad sexual durante las fases maníacas, comportamiento que fue sensiblemente menos frecuente en los varones (sólo en cuatro de ellos). Sin embargo, estos comportamientos

tos fueron más estables y persistentes en los varones (los cuatro) que en las hembras (ninguna), una vez que se estabilizaron, tras la administración del oportuno tratamiento medicamentoso.

- En cuarto lugar, la respuesta farmacológica de ambos grupos fue muy buena y no permite establecer, a este respecto, diferencias significativas entre ellos. No obstante, las «recaídas» y cambios de fase han sido más frecuentes en los varones que en las hembras. Cada una de estas recaídas, sin embargo, fue precedida del consumo de drogas y/o alcohol.
- Por último, en quinto lugar, se ha encontrado una mayor variabilidad en los varones que en las hembras, en lo que respecta al curso y evolución del trastorno, lo que podría tener un cierto alcance explicativo de la mayor incidencia de tentativas suicidas en aquellos que en éstas. En dos ocasiones fue imprescindible el ingreso en un centro hospitalario de tres de los adolescentes varones.

## 6. Discusión

Los resultados anteriores aconsejan el inicio de una difícil discusión. Es un hecho que los adolescentes aquí revisados estaban afectados por el trastorno bipolar I, trastorno que no estuvo presente en ellos durante la infancia, al menos en el momento en que fueron atendidos por el mismo equipo psiquiátrico.

Sin embargo, esos mismos pacientes sufrieron durante el período infantil otros trastornos psicopatológicos que, por el momento, no pueden identificarse con éstos ni considerarse como predictores de ellos. Caben aquí muy variadas interpretaciones clínicas.

En primer lugar, la de considerar ambas alteraciones como procesos del todo *independientes* que ninguna relación tienen entre sí.

En segundo lugar, la de considerar que ambas alteraciones son manifestación de *una misma y única enfermedad*, los trastorno bipolares, sólo que esas manifestaciones varían en función de cuáles sean las circunstancias biopsicosociales y de desarrollo del niño. Es decir, apelaríamos a la vieja teoría de la metablética de los síntomas psicopatológicos (Van Der Berg, 1963). Ahora bien, de admitirse esta segunda posibilidad, sería conveniente conocer cuál es el peso de esa variable moduladora —el desarrollo evolutivo— en las manifestaciones sintomáticas del paciente. En este punto nuestra ignorancia es muy grande (*ignoramus et ignorabimus*). De aquí la necesidad de que asuman las responsabilidades que les correspondan tanto la psicología evolutiva como la psicopatología del desarrollo.

En tercer lugar, podría considerarse que ambas manifestaciones, las de la infancia y las de la adolescencia, no estando unidas, pudieran tener *algunos puntos de contacto entre sí*. Esto quiere decir que sin que fueran procesos comórbidos (simultáneos), tal vez pudieran serlo de forma sucesiva. De admitirse esta posibilidad, habría que demandar la ayuda de las disciplinas a que me he referido anteriormente, además de insistir en la necesidad de los estudios longitudinales de los que, desgraciadamente, hoy está tan falta la psicopatología infantil.

Por último, en cuarto lugar, cabría la posibilidad de apelar a otras variables cuya presencia al comienzo de los trastornos bipolares en la adolescencia acaso tuvieran un cierto alcance explicativo, como *factores desencadenantes*. Me refiero, claro está, al consumo de drogas y alcohol, a la ansiedad, a los conflictos familiares, a los factores genéticos, etc. Esta pluralidad de causas habría que hacerla intervenir tanto en lo que respecta a la explicación de las manifestaciones psicopatológicas que emergen en la adolescencia, como respecto de aquellas otras, más antiguas, que acontecieron durante la infancia. De admitirse esta posibilidad, habría que insistir, una vez más, en la importancia del seguimiento de estos procesos desde la más temprana infancia, es decir, los estudios longitudinales.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1995): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona: Masson.
- Blaine, G. B., y Carmen, L. R. (1968): «Causal factors in Suicidal Attempts by Male and Female College Students», *American Journal of Psychiatry*, 1, 125, 6.
- Campbell, J. D. (1952): «Manic depressive psychosis in children. Report of 18 cases». *T. Nerv. Dis.*, 116, 424-439.
- Carlson, G. A., y Kashani, J. H. (1988): «Manic symptoms in a nonreferred adolescent population», *J. Affective Disord.*, 15, 219-226.
- Crook, T., y Raskin, A. (1975): «Association of childhood parental loss with attempted suicide and depression», *J. Consulting and Clinical Psychol.*, 43, 277.
- Davidson, F., y Choquet, M. (1981): *Le suicide de l'adolescent: étude épidémiologique*, París: ESF.
- Domènech Llaberia, E. (1993): «La manía en psiquiatría infantil», *Revista de Psiquiatría infantojuvenil*, 1, 13.
- Fischer, J. (1955): «The signosis of manicdepressive psychosis in children», *Neurol. Psychiat. Cs.*, 18, 26-35.
- Harms, E. (1952): «Differential pattern of manicdepressive disease in childhood», *Nerv. Chil.*, 9, 326-356.
- Hellon, C. P., y Solomon, M. I. (1980): «Suicide and age in Alberta, Canada, 1951 to 1977: The changing profile», *Archives of General Psychiatry*, 37, 505-510.
- Husain, S. A., y Vandivers T. (eds.) (1984): *Suicide in Children and adolescents*, Jamaica, Nueva York, SP: Medical and Scientific Books.
- Landolt, A. B. (1957): «Followup studies on circular manicdepressive reactions occurring in the houg», *Bull. N. Y. Acad. Med.*, 33, 65.
- Marks, A. (1979): «Management of the suicidal adolescent on a nonpsychiatric adolescent unit», *Journal of Pediatrics*, 95, 305-308.
- McAme, E. R. (1979): «Adolescent and young adult suicide in the United States. A reflection of societal unrest», *Adolescence*, 14 (56), 765-774.
- McIntosh, J. L. (1985): «Research on suicide: A bibliography», *Bibliografies and Indexes in Psychology*, 2, Greenwood Press.
- Murphy, G. E., y Wetzel, R. D. (1980): «Suicide risk by birth cohort in the United States, 1949-1974», *Archives of General Psychiatry*, 37, 519-523.
- Otto, U. (1972): «Suicidal acts by children and adolescents: A follow-up study», *Acta Psychiatrica Scandinavian*, 233, 5-123.



- Polaino-Lorente, A. (1984): «Modificación de conducta en la hiperactividad infantil», *Revista Española de Pedagogía*, XLII, 233-255.
- Polaino-Lorente, A. (dir.) (1988): *Las depresiones infantiles*, Madrid: Morata.
- Polaino-Lorente, A. (1993): «El "doble diagnóstico" en el retraso mental: una evaluación crítica», *Revista Complutense de Educación*, 4, 2, 97-112.
- Polaino-Lorente, A. (1992): «Manifestaciones clínicas diferenciales en el adulto y en el niño: la importancia del seguimiento en psicopatología infantil». En P. Antón (coord.), *Medio siglo de psiquiatría en España. Homenaje al profesor Ramón Sarró Burbano*, Madrid: Arán, 145-163.
- Polaino-Lorente, A. (1994): *Las psicosis maniaco-depresivas en la adolescencia*, ponencia al Congreso de la Asociación de Psiquiatría Infantojuvenil, Madrid.
- Polaino-Lorente, A., y Martínez, P. (1995): *Embarazo y maternidad en la adolescencia*, Madrid: Rialp.
- Polaino-Lorente, A., y Cabanyes Truffino, J. (1995): «Problemas diagnósticos y perfil clínico de la hiperactividad infantil», *Monografías de Psiquiatría*, 4, 9-22.
- Rodríguez Sacristán, J. (1993): «Psicosis afectivas en edades infantojuveniles», *Revista de Psiquiatría Infantojuvenil*, 3, 139-141.
- Rosenkrantz, A. L. (1978): «A note on adolescent suicide: Incidence, dynamics and some suggestions for treatment», *Adolescence*, 13 (50), 209-214.
- Stenstedt, A. (1952): «A study in manicdepressive psychosis: Clinical, social and genetic investigations», *Acta psychiat. neurol. Scand.*, 79.
- Teicher, J. (1970): «Children and adolescents who attempted suicide», *Pediatric Clinics of North America*, 17, 687-696.
- Van Der Berg, J. H. (1963): *Metabólica o Teoría de las Modificaciones*, Carlos Lohle.
- Ward, N. G., y Schuckit, M. C. (1980): «Factors Associated with Suicidal Behavior in Polydrug Abusers», *Journal of Clinical Psychiatry*, 41 (11), 379.
- World Health Organization (1988): *Tenth Revision of the International Classification of Diseases*, Ginebra: WHO.
- Zeitlin, H. (1986): *The Natural History of Psychiatric Disorder in Children*, Nueva York: Oxford University Press.