



- ◆ 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)

# Las psicosis maniaco-depresivas en la adolescencia

**A. Polaino-Lorente**  
Catedrático de Psicopatología  
Universidad Complutense. Madrid

## Introducción

La revisión bibliográfica sobre las psicosis maniaco-depresivas en la infancia y adolescencia manifiesta una tendencia un tanto irregular por parte del comportamiento de los investigadores. A estos trastornos se les dedicó, sin embargo, cierta atención durante el siglo pasado, tal y como ha puesto de manifiesto 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), justamente cuando las depresiones infantiles apenas si tenían 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. En los setenta, los estudios sobre depresión infantil ocupan un puesto preeminente en la literatura disponible, lugar destacado que ha sido prioritario desde entonces hasta ahora. Nada de particular tiene que recientemente las publicaciones sobre la psicosis maniaco-depresiva en los adolescentes, hayan ido también en aumento, probablemente como consecuencia del "tirón" que se ha propiciado por el conocimiento de las depresiones en la infancia. ¿Significa esta evolución de la bibliografía que los estudios de psicopatología infantil son también vulnerables a las modas? En mi opinión, es muy posible que sea esta una de las posibles causas -aunque, por supuesto, no la única- a la hora de dar cuenta de esas variaciones en las tendencias observadas en el rigor y volumen bibliográfico disponible.

A tuestas y a ciegas en la actual encrucijada nosológica

Nada de particular tiene, entonces, que algunos síntomas de las depresiones infantiles se hayan intentado reagrupar como conglomerados transsignificativos, que van más allá de ellos mismos. En concreto, el bloque sintomatológico que se manifiesta en las depresiones agitadas (irritabilidad, hiperactividad, etc.), ha sido interpretado por algunos como una premonición de lo que en el adulto serían meros síntomas de las fases maníacas o hipomaniacas. Tal interpretación no deja de ser eso: una interpretación adultomórfica, es decir, una interpretación de la depresión infantil desde la clave propiciada por la psicopatología del adulto.

De otra parte, la ambigüedad de la sintomatología depresiva en la infancia -sobre todo en aquellos casos en que la gravedad es relevante-, ha hecho que algunos autores se inclinaran a interpretar estos cuadros depresivos infantiles como una psicosis esquizo-afectiva, también denominada esquizofrenia distímica, entidad ésta que, obviamente, es de dudosa validez diagnóstica y cuyo pronóstico, cuando se presenta, es mucho más sombrío.

Las psicosis maniaco-depresivas, a lo que parece, son excepcionalmente raras en la infancia, aunque tal vez por ser muy difícil su comprobación sintomatológica, toda vez que estamos faltos de los indispensables estudios epidemiológicos, evolutivos y de la psicopatología del desarrollo. Acaso si dispusiéramos de éstos, no sería tan infrecuente su presentación en la clínica.

En primer lugar, porque el carácter cíclico de estas alteraciones no se evidencia en la infancia o acaso no sea un fenómeno típico en determinados periodos evolutivos.

En segundo lugar, porque la inestabilidad psicomotora —rasgo relativamente frecuente en las depresiones infantiles, que suele aducirse en favor de la presunción del padecimiento maniaco— puede ser referido a otras muchas razones etiológicas no psicóticas, además de no acompañarse casi nunca en el niño de la sintomatología tímica que típicamente caracteriza la manía en el adulto.

En tercer lugar, porque en los estudios anamnésticos realizados en los enfermos adultos maniaco-depresivos, casi nunca suele registrarse que éstos hayan padecido fases depresivas en la infancia, y hasta hace poco era excepcionalmente raro el reconocimiento por los clínicos de que estos pacientes hubieran sufrido una fase maniaca antes o durante la adolescencia.

En cuarto lugar, porque los síntomas infantiles potencialmente maniacos que se aducen, encaminan al paciente hacia otros etiquetados diagnósticos muy diversos de la enfermedad maniaca (me refiero, por ejemplo, al fracaso escolar y socioprofesional, a la agresividad, inseguridad y delincuencia, etc.), que, por otra parte, tergiversan,

ensombrecen o desnaturalizan la evaluación de las manifestaciones típicas y específicas de la manía.

En quinto lugar, por último, porque la medicación que sería pertinente para el tratamiento de la manía (haloperidol, litio, etc.), no parece que sea eficiente para mejorar la sintomatología infantil y, en algunos casos, tiende a empeorarla. Por contra, la administración de analépticos como las anfetaminas, mejora mucho en los pacientes infantiles otras manifestaciones sintomatológicas, especialmente las que se refieren a la hiperactividad (Polaino-Lorente, 1984).

Por todo ello, no deben continuar malinterpretándose ciertos síntomas de las depresiones infantiles como signos independientes que ninguna relación tuvieran con el padecimiento de psicosis maniaco-depresivas a la llegada de la adolescencia. También aquí podría reintroducirse — aunque con una significación muy diferente— el concepto tradicional de "equivalencia", sólo que en esta circunstancia algunos síntomas no se interpretarían como "equivalentes depresivos", sino más bien como "equivalentes maniacos". Pero ya se ve que, por el momento, no disponemos de suficientes razones que nos permitan formular, con un mínimo de rigor, la existencia de esos supuestos "equivalentes maniacos".

### Algunos datos de una revisión clínica

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). 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 sentido de la 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 mis historias clínicas de los pacientes adolescentes, con tal de que satisficieran las cuatro condiciones siguientes:

- (a) Estar en tratamiento en la actualidad.
- (b) Satisfacer los criterios del DSM-III-R de trastorno bipolar maniaco.
- (c) Disponer de una historia clínica psiquiátrica en la misma consulta con anterioridad a la adolescencia.
- (d) Ser adolescentes en el momento en que se realizó esta revisión.

Sólo he encontrado once adolescentes que satisficieran los anteriores criterios. Todos ello fueron asistidos en la misma consulta por presentar con anterioridad otros trastornos psiquiátricos. El tiempo transcurrido entre la primera consulta (durante la infancia) y la última en la que se le diagnosticó de trastorno bipolar maniaco, osciló entre cinco y nueve años.

De los once pacientes, ocho eran varones y tres hembras. A continuación se informa en la Tabla 1 de los diversos trastornos por los que fueron tratados durante la infancia, especificando el diagnóstico y el sexo de los pacientes, así como sus antecedentes familiares.

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

**Tabla 1: Trastornos durante la infancia en adolescentes con trastorno bipolar maniaco, en función del sexo y de sus antecedentes familiares.**

Las manifestaciones sintomatológicas del trastorno bipolar maniaco en estos pacientes fueron bastantes homogéneas y sin importantes variaciones, a excepción de lo que se reseña a continuación:

- 1) En los varones el consumo de alcohol y drogas fue más intenso y frecuente que en las hembras (sólo una de ellas).
- 2) En las tres hembras se dio la prodigalidad y promiscuidad sexual durante las fases maniacas, comportamiento que fue sensiblemente menos frecuente en los varones (sólo en dos de ellos). Sin embargo, estos comportamientos fueron más estables y persistentes en los varones (los dos) que en las hembras (ninguna), una vez que se estabilizaron, tras la administración del oportuno tratamiento medicamentoso.
- 3) 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 han ido precedidas por el consumo de drogas y alcohol.
- 4) Hemos encontrado una mayor variabilidad en el curso y evolución del trastorno en los varones que en las hembras. En dos ocasiones fue

imprescindible el ingreso en un centro hospitalario de uno de estos adolescentes varones; los otros dos adolescentes varones ingresaron una sola vez.

## Discusión

Los resultados anteriores aconsejan el inicio de una difícil discusión. Es un hecho que en los adolescentes están presentes los trastornos bipolares maníacos, trastornos que no estaban presentes en ellos durante la infancia. Sin embargo, esos mismos pacientes sufrieron durante el periodo 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 ellos.

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, apelariamos 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. 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 psiquiatría 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, a los estudios longitudinales.

En síntesis que la discusión anterior pone de manifiesto los hechos siguientes:

1. Que en la actualidad apenas disponemos de estudios epidemiológicos sobre los trastornos bipolares maníacos en la infancia y adolescencia, si se exceptúa el trabajo de Carlson y Kashani (1988), lo que nos sitúa en una posición de indefensión respecto a las posibles explicaciones etiopatogénicas, diagnósticas y pronósticas de estas alteraciones.

2. Que en nuestro tiempo hemos focalizado la atención sobre la depresión -algo que era muy conveniente-, pero nos hemos olvidado de la manía, como si, en ningún sentido, esta última no estuviese vinculada a aquella.

3. Que no es admisible en la actualidad que ni el DSM-III-R (1987) ni la ICD-10 (WHO, 1988) no establezcan criterios diferenciales que permitan distinguir las diversas manifestaciones -si es que las hubiere- de la psicosis maniaco-depresiva en el niño y en el adulto y/o en el niño y el adolescente.

## **Bibliografía**

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* DSM-III-R (3rd ed. rev.). Washington, APA, 1987.

Campbell, JD. Manic depressive psychosis in children. Report of 18 cases. *J. Nerv. Dis.* 1952, **116**: 424-439.

Carlson GA, Kashani JH. Manic symptoms in a non-referred adolescent population. *J. Affective Disord* 1988; **15**: 219-226.

Domènech Llaberia E. La manía en psiquiatría infantil. *Revista de Psiquiatría infanto-juvenil* 1993; **1**: 1-3.

- Fischer, J. The signosis of manic-depressive psychosis in children. *Neurol. Psychiat. Cs.*, 1955, **18**: 26-35.
- Harms, E.. Differential pattern of manic-depressive disease in childhood. *Nerv. Chil.*, 1952, **9**: 326-356.
- Landolt, AB. Folllow-uo studies on circular manic-depressive reactions occuring in the houg. *Bull. N. Y. Acad. Med.*, 1957, **33**: 65.
- Polaino-Lorente A. Modificación de conducta en la hiperactividad infantil. *Revista Española de Pedagogía*, 1984, **XLII**: 233-255.
- Polaino-Lorente, A. El "doble diagnóstico" en el retraso mental: una evaluación crítica. *Revista Complutense de Educación* 1993; **4**, 2: 97-112.
- Polaino-Lorente, A. Manifestaciones clínicas diferenciales en el adulto y en el niño: la importancia del seguimiento en psicopatología infantil, en Antón P (coordinador): *Medio siglo de psiquiatría en España. Homenaje al Profesor Ramón Sarró Burbano*. Ed. Arán, Madrid, 1992, 145-163.
- Rodríguez Sacristán, J. Psicosis afectivas en edades infanto-juveniles. *Revista de Psiquiatía infanto-juvenil* 1993; **3**: 139-141.
- Stenstedt, A. A study in manic-depressive psychosis: Clinical, social and genetic investigations. *Acta psychiat. neurol. Scand.*, 1952, **79**.
- Van Der Berg JH. *Metablética o Teoría de las Modificaciones*. Carlos Lohle, 1963.
- World Health Organization. *Tenth Revision of the International Classification of Diseases*. Geneve, WHO, 1988.
- Zeitlin H. *The Natural History of Psychiatric Disorder in Children*. Oxford University Press. NuevaYork.