



## **TRASTORNO BIPOLAR Y EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**

Orlando L. Villegas, Ph.D.

Debido a la elevada tasa de trastornos del estado de ánimo entre los niños con un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es muy probable que muchos de ellos cumplan con el criterio diagnóstico para trastornos afectivos y del estado de ánimo. Así tenemos que en el Episodio Hipomaniaco (APA, 2000) por lo menos tres de los cinco síntomas característicos se aplican también al diagnóstico del TDAH (distracción, atención desviada y actividad excesiva). Encontramos también que la mayoría de los niños que cumplen con el criterio diagnóstico de Manía, también cumplen con el criterio diagnóstico para el TDAH (Wozniak & Biederman, 1994).

En función a esta sobre posición de síntomas Scandar (2000) habla de la posibilidad de que el Trastorno Bipolar (TB) puede ser considerado como diagnóstico diferencial o como comorbilidad al TDAH. Kent y Craddock (2003) sugieren la existencia de una subcategoría diagnóstica definida como Bipolar/TDAH caracterizada por una aparición temprana de síntomas bipolares y un curso, durante la vida adulta, que difiere del curso esperado en los casos típicos de TB en adultos. Wilens y colaboradores (2003) sugieren que debido a la sobre posición entre TB y TDAH, sobre todo en población adulta, aquellos con el diagnóstico de TDAH deben ser evaluados para descartar o agregar el diagnóstico de TB. Igualmente, aquellos con un diagnóstico de TB, debe ser evaluados para agregar o descartar el diagnóstico de TDAH

La literatura científica muestra claras evidencias que los niños y adolescentes con TB muestran elevadas tasas de TDAH, Sin embargo las investigaciones sobre la prevalencia de TB en muestras de niños con TDAH presentan resultados poco consistentes (Goodwin, 2003). La prevalencia de un TDAH en niños con TB va de 57% a 100%, mientras que la prevalencia de TB en muestras de niños con TDAH van de 11% en pacientes ambulatorios, hasta 22% en niños hospitalizados (Kent & Craddock 2003).

El panorama se confunde aun más cuando introducimos la variable de conducta antisocial en combinación con TB y TDAH. Biederman y colaboradores (2003) reportan resultados de una investigación sobre una muestra de 140 niños y adolescentes con el diagnóstico de TDAH. De este grupo, el 27% presentaban comorbilidad con un trastorno disocial (TD), 23% comorbilidad con TB y un 15% presentando ambos trastornos. Entre otros síntomas, la conducta agresiva, resultaba ser el síntoma más característico del grupo con TDAH-TB-TD.

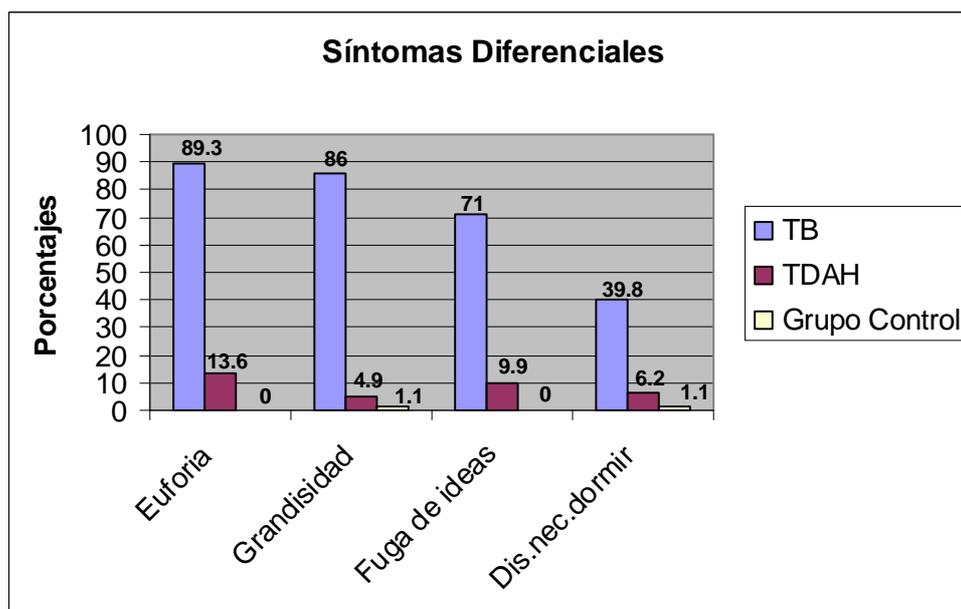


A pesar la amplia investigación sobre el TDAH y TB, todavía existe una gran disparidad de criterios para el diagnóstico de ambos cuadros. La situación se torna más compleja aun cuando el individuo presenta síntomas que pertenecen a ambas entidades psicopatológicas. Este es el caso de niños que, según reportes anecdóticos son referidos para consulta psiquiátrica/psicológica por conducta explosiva, irritabilidad desproporcionada y problemas de atención que afectan el rendimiento académico.

En un afán de contribuir a la búsqueda de un criterio diagnóstico diferencial en estos casos, es que se presenta a continuación una breve reseña de resultados de investigación en el área del síntomas diferenciales entre un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y Trastornos Bipolares.

Geller y colaboradores (2002a, 2002b) proponen que la principal diferencia entre pre-púberes/adolescentes con TB y aquellos con TDAH radica en la hipersexualidad que muestran los miembros del grupo con TB. Estos investigadores encuentran que un criterio diferencial entre TB y TDAH para ese mismo grupo está definido por la magnitud en que aparecen los cuatro síntomas de Manía; euforia, grandiosidad, fuga de ideas y la disminución de la necesidad de dormir. Craney y Geller (2003) presentan resultados de su investigación con referencia a estos cuatro síntomas (ver Cuadro #1). Estos investigadores demuestran que existe una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes alcanzados por los grupos de individuos con TB, TDAH y Control, en las cuatro variables evaluadas.

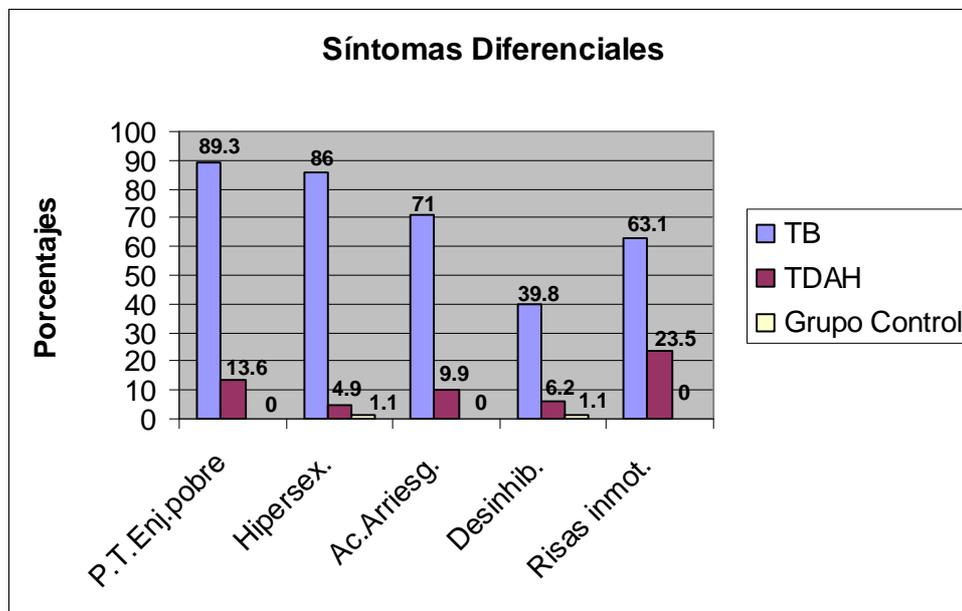
CUADRO # 1: Síntomas diferenciales en pre-púberes/adolescentes con TB, TDAH y Grupo Control en relación a los síntomas de Manía





Craney y Geller (2003) igualmente investigan el criterio de la pobre capacidad de enjuiciamiento que presentan principalmente los pre-púberes y adolescentes tempranos que sufren de un TB. En esta investigación, trabajando con 93 pre-púberes/adolescentes con TB, 81 con TDAH y 94 en el Grupo Control, encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos en relación a las variables relacionadas a la capacidad de enjuiciamiento; puntaje total para enjuiciamiento pobre, hipersexualidad, actos arriesgados, desinhibición y risas inmotivadas (ver Cuadro # 2)

CUADRO # 2: Síntomas diferenciales en pre-púberes/adolescentes con TB, TDAH y Grupo Control en relación a su capacidad de enjuiciamiento

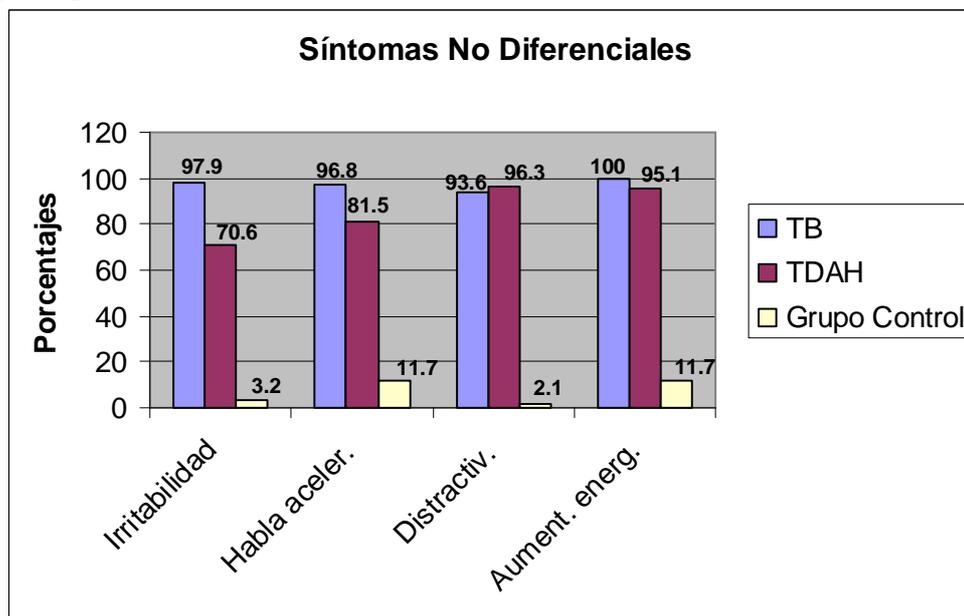


Con relación a la hipersexualidad manifiesta principalmente entre individuos jóvenes que sufren de un TB, Geller y Tillman (2004) indican que en el proceso diagnóstico el profesional debe diferenciar la hipersexualidad como síntoma del TB o como una respuesta natural a una sobre estimulación proveniente del ambiente. En estos casos, la hipersexualidad no puede ser considerada como síntoma.

Finalmente los mismos investigadores revisan aquellas variables que no tiene mayor valor para el diagnóstico diferencial entre TB y TDAH entre pre-púberes/adolescentes tempranos. Dichas variables son; irritabilidad, el habla acelerada, distractibilidad y aumento de energía. (ver Cuadro # 3)



CUADRO # 3: Síntomas que no diferencian en pre-púberes/adolescentes con TB, TDAH y Grupo Control.



A continuación se describen brevemente otros aspectos diferenciales entre el TDAH y los TB:

**Con relación a la capacidad de aprendizaje:**

TDAH: la capacidad de aprender está comprometida por las limitaciones en el proceso atencional y la inquietud motora.

BD: pobre motivación para el aprendizaje es la mayor limitación en estos niños

**Con relación a actos de mala conducta/desobediencia:**

TDAH: inatención puede ser confundida con desobediencia, puede ser es mas accidental y no planeada

TB: la conducta perturbada es intensa e generalmente con intención de perturbar a otros

**Con relación a conducta destructiva:**

TDAH: Destrucción aparece generalmente como producto de la curiosidad por examinar el interior de un juguete u objeto. Rara vez es un fin en sí misma



TB: La destrucción es intencionada y puede tener como objetivo la destrucción final del objeto/juguete

**Con relación a la duración e intensidad de las pataletas o conducta perturbada:**

Los niños con TB tienden a tener episodios de conducta perturbadora de mayor duración e intensidad que los que muestran los niños con TDAH.

**Con relación al estímulo desencadenante de las pataletas o conducta perturbadora:**

TDAH: sobre estimulación afectiva y sensorial generalmente produce reacciones de conducta perturbada

TB: La imposición de una limitación a la conducta (decirle que no puede hacer algo) afecta de manera extrema al niño con un TB. El conflicto con la autoridad es declarado

**Con relación a conductas psicóticas asociadas:**

TDAH: Niños con TDAH no presentan pensamiento, alucinaciones, delusiones o delirios (con la excepción de aquellos que presentan una psicosis asociada)

TB: Estos niños pueden presentar serias distorsiones de la realidad, pensamiento paranoide (grandioso o persecutorio)

**Finalmente con relación al tratamiento farmacológico:**

Medicina estimulante o antidepresiva generalmente beneficia a niños con TDAH. Niños con TB pueden beneficiarse de este tipo de medicación dependiendo de la fase bipolar en que se encuentren cuando toman la medicina.

Litio generalmente produce mejoría de los síntomas bipolares, mientras que los niños con TDAH no experimentan ningún beneficio de esta medicación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. Text revised). Washington, DC: Author.

Biederman, J., Mick, E., Wozniak, J., Monuteaux, M.C. Galdo, M., & Faraone, S.V. (2003). Can a subtype of conduct disorder linked to Bipolar disorder be identified? Integration of findings from the Massachusetts General Hospital Pediatric Psychopharmacology Research Program. *Biological Psychiatry* 53(11), 952-960.

Craney J. L. & Geller B. (2003): A prepubertal and early adolescent bipolar-I phenotype: review of phenomenology and longitudinal course. *Bipolar Disorder* 5 (4): 243-256.

Geller, B. & Tillman R. (2004). Hypersexuality in children with mania: Differential diagnosis and clinical presentation.

Geller, B., Zimmerman, B., Williams, M. et. al (2002a). DSM-IV mania symptoms in a



- prepuberal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention deficit hyperactivity and normal controls. Geller, B., Zimmerman, B., Williams, M. et. al (2002a). Geller, B., Zimmerman, B., Williams, M. et. al (2002a). *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 12(1) 11-25.
- Geller, B., Zimmerman, B., Williams, M. et. al (2002b). Phenomenology of prepuberal and early adolescent bipolar disorder: examples of elated mood, grandiose behavior, decreased need for sleep, racing thoughts and hypersexuality. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 12(1) 3-9.
- Goodwin, F. K. (2003). Distinguishing Bipolar Disorders in patients with comorbid disorders. *Bipolar Disorder, Literature Year-in-Review. Issues 2. Recognition and Diagnosis*, 26-30
- Kent L. & Craddock N. (2003) Is there a relationship between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder. *Journal of Affective Disorder*, 73(3) 211-221.
- Scandar, R. (2000). El niño que no podía dejar de portarse mal. Editorial Distal: Buenos Aires
- Wilens, T.E., Biederman, J., Wozniak, J., Gunawardene, S., Wong, J., & Monuteaux, M. (2003). Can adults with an attention deficit/hyperactivity disorder be distinguished from those with comorbid bipolar disorder?. Findings from a sample of clinical referred adults. *Biological Psychiatry* 54(1), 1-8.
- Wozniak, J. & Biederman, J. (1994). Prepubertal mania exists (and coexists with ADHD). *The ADHD Report*, 2(3), 5-6.