

Diagnóstico diferencial entre manía y déficit atencional hiperactivo

JUAN CARLOS MARTÍNEZ A.¹, CLAUDIA GONZÁLEZ L.¹

1. Psiquiatra de niños y adolescentes. Servicio de Psiquiatría Hospital Naval de Viña del Mar.

ABSTRACT

Differential diagnosis between bipolar disorder and attention deficit disorder with hyperactivity

ADHD and bipolar disorder share symptoms: attention deficit, hyperactivity, impulsiveness and irritability. In fact, most of the diagnostic criteria for hyperactivity are present in mania. The Conners rating scale, universally used by teachers, does not allow the clinician to discriminate between both entities, leading to misdiagnosis, specially when the doctor bases his/her diagnosis in the scale and not in a detail interview. This article attempts to guide in diagnostic criteria that allows the clinician to differentiate both entities, based on the most relevant and orientating contemporary literature.

(**Key words:** bipolar disorder, hyperactivity, mania).

Rev Chil Pediatr 78 (1); 9-15, 2007

RESUMEN

El déficit atencional hiperactivo y el trastorno bipolar comparten síntomas como dificultad de concentración, hiperkinesia, impulsividad e irritabilidad. De hecho, la gran mayoría de los criterios diagnósticos de hiperactividad están presentes en manía. El test de Conners utilizado de modo universal por los profesores para el diagnóstico de hiperactividad, no permite discriminar entre ambas patologías, lo que implica un error diagnóstico, principalmente cuando el médico se basa en dicha escala y no en una entrevista rigurosa. El presente trabajo intenta dar pautas clínicas que permitan el diagnóstico diferencial entre ambos cuadros clínicos, para lo cual se revisaron los artículos que a juicio de los autores resultan más relevantes y orientadores.

(**Palabras clave:** enfermedad bipolar, hiperactividad, manía).

Rev Chil Pediatr 78 (1); 9-15, 2007

Trabajo recibido el 20 de mayo de 2006, devuelto para corregir el 2 de noviembre de 2006, segunda versión el 11 de diciembre de 2006, aceptado para publicación el 21 de enero 2007.

Correspondencia a:
Dr. Juan Carlos Martínez A.
jcmartinez32@yahoo.com

Introducción

La cuarta edición del Manual Diagnóstico Estadístico (DSM-IV) divide los trastornos del ánimo en dos grandes grupos: depresivos y bipolares. Un trastorno depresivo entraña exclusivamente fases depresivas (una o más), mientras que en el bipolar es necesario el antecedente de una fase maníaca, hipomaniaca o mixta (coexistencia de síntomas depresivos y maníacos)¹. La diferencia entre manía e hipomanía es que en ésta última no hay síntomas psicóticos (alucinaciones, delirio) y no existe severidad clínica que lleve a deterioro laboral y social importante, o que amerite hospitalizar al paciente¹. En la nosología actual, un paciente con historia de fases maníacas y depresivas es categorizado como bipolar tipo I; y aquel en que las fases han sido hipomaniacas y depresivas, bipolar tipo II. Los criterios diagnósticos para manía e hipomanía se observan en tabla 1¹.

Cuando el trastorno bipolar (TB) no cumple los criterios diagnósticos para bipolaridad I ó II, se considera como “no especificado” (TB NOS)¹. El TB NOS es el que más contribuiría a error diagnóstico^{2,3} dada la “inespecificidad” de

sus síntomas. En pacientes jóvenes, es considerado el tipo más frecuente, representando, según Lewinshon y cols (1993), el 87% de los casos de bipolaridad⁴. Sus características centrales están dadas por cambios bruscos e inesperados del estado de ánimo durante incluso un mismo día, manía no eufórica sino irritable (irritabilidad/agresividad), asociado a un alto grado de disfunción social y académica².

La complejidad diagnóstica que subyace a la bipolaridad infanto-juvenil no sólo se fundamenta en la marcada fluctuación del ánimo, sino también en la variabilidad de sus síntomas a lo largo de los años. Mientras más precoz es su inicio se caracteriza por hiperactividad, irritabilidad, “pataletas”, temperamento difícil y labilidad anímica⁵. Estos “síntomas eje o centrales” del cuadro bipolar son ampliamente compartidos con las características clínicas de los trastornos conductuales (TC) y con el déficit atencional hiperactivo (DAH), lo que podría explicar el porqué esta enfermedad es mal diagnosticada en niños y adolescentes⁶ recibiendo aproximadamente la mitad de los pacientes que cumplen criterios de manía un diagnóstico diferente^{7,8}.

Tabla 1. Criterios sintomáticos DSM IV para episodio maníaco (representativo del TB del adulto)¹

- | |
|--|
| <p>A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización)</p> <p>B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido un grado significativo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Autoestima exagerada o grandiosidad 2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño) 3. Más hablador de lo habitual o verborreico 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado 5. Distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes) 6. Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora. En niños podría incluirse permanecer horas frente a video juegos, prefiriéndose aquellos de acción o de contenido agresivo. 7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarsarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas). En niños, juegos violentos o actitudes temerarias como caminar en altura o balancearse en un balcón. <p>C. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos</p> |
|--|

Nota: Los criterios para episodio hipomaniaco son similares a los de manía, salvo que para el primero se exige una duración mínima de 4 días, y el episodio no es lo suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para requerir de hospitalización, sin evidenciarse la presencia de sintomatología psicótica.

El DAH es el diagnóstico diferencial más importante para el TB en la preadolescencia y adolescencia temprana⁸, en contraposición a depresión monopolar, trastornos por ansiedad, esquizofrenia, trastorno de personalidad cluster B (borderline) y abuso de alcohol^{9,10} en adolescentes tardíos y adultos. Por lo anterior, resulta comprensible que muchos jóvenes con TB sean mal diagnosticados como DAH o TC, y que algunos casos severos de DAH y TC sean diagnosticados como TB⁸. Del mismo modo, se puede plantear la existencia de un trastorno depresivo asociado a un DAH, antes de pensar en una enfermedad bipolar con sus fases depresivas y maníacas⁵, lo que llevaría a tratamientos antidepresivos y psicoestimulantes que eventualmente podrían empeorar el curso del TB.

Las diferencias, semejanzas y asociaciones entre la hiperactividad infantil y la fase maníaca del TB es en los últimos tiempos el aspecto más estudiado y discutido de la bipolaridad de inicio precoz⁵. Hasta el día de hoy, cuando un niño se muestra extremadamente irritable, con una manifiesta labilidad emocional, incluyendo reacciones tormentosas, con crisis explosivas de cólera, inquietud psicomotora, etc, es diagnosticado de modo inequívoco y casi universal como hiperactivo¹¹.

Con el objeto de determinar la utilidad de las escalas en la discriminación de hiperactividad y manía, Fristad y cols (1992) compararon los instrumentos para detección de manía (*Young Mania Rating Scale* o *YMRS*) e hiperactividad (test de Conners), estudiando a 11 pacientes con diagnóstico de TB y 11 niños con diagnóstico de DAH, sin diferencias de sexo y edad en ambos grupos. Los autores encontraron que en la *YMRS* y en la escala de Impresión Clínica Global para Manía (*CGI-M*) se obtenían puntuaciones considerablemente más altas en el grupo bipolar comparado con el grupo de hiperactivos, sin embargo, al aplicar la escala de Conners de hiperactividad para padres y profesores, ésta no logró discriminar entre manía y DAH, obteniendo ambos grupos de pacientes puntuaciones similares. Los autores concluyeron que la *YMRS* era efectiva en diferenciar manía de DAH, mientras que el Conners no permitía dicha discriminación¹². Consideran-

do estos resultados, y el hecho que el test de Conners es ampliamente utilizado por psicólogos, neurólogos, psiquiatras (al enfrentar un niño hiperactivo), y particularmente por profesores (al derivar al especialista), la tendencia a generalizar y uniformar el “síntoma hiperactividad” como sinónimo de DAH puede contribuir aún más al error diagnóstico, al obviar la posibilidad de un TB en fase maníaca, hipomaníaca o mixta.

En las tablas 2 y 3 se muestran los criterios diagnósticos para TB y DAH respectivamente¹.

Viñeta clínica

Paciente de sexo masculino de 8 años, portador de un DAH de larga data, con una elevada puntuación en el Conners, requería desde hace aproximadamente un año 50 mgs/día de psicoestimulante (metilfenidato o Ritalin) dividido en tres tomas, para el control de su impulsividad e hiperactividad. Sin medicación, la conducta hiperactiva tiende a ser permanente y estable, caracterizándose por un ir y venir de un lado a otro, abrir y cerrar cajones, tomar y dejar objetos o subir y bajar de los sillones, todo sin intencionalidad o propósito alguno. Su madre refiere que “de un momento para otro, de modo brusco, y cada cierto tiempo” (más de cuatro veces al año, sin lograr precisar un número exacto), el paciente presenta una hiperactividad “desbordante” que no logra ser controlada con los psicoestimulantes. En ese estado consulta a su médico tratante, ingresa al box de modo acelerado, sacando desde un estante cajas de remedios y adornos, recreando con ellos una escena televisiva en que “dos naves espaciales luchan entre sí por la conquista del universo”. Una entrevista detallada hace posible determinar que el primer tipo de hiperactividad no busca un propósito ni goza de intencionalidad, es “puro movimiento” (motora). En el segundo tipo, ya no es sólo “movimiento”, sino además se involucra la cognición o ideación, es decir, el pensar; donde el paciente recrea juegos e historias “grandilocuentes” que se asocian a una hiperactividad motora. Aquí la hiperkinesia busca un propósito, tiene

Tabla 2. Criterios sintomáticos DSM IV para DAH¹

A. (1) ó (2)
(1) seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel desarrollo
Desatención
(a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
(b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
(c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
(d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)
(e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
(f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
(g) A menudo extravía objetos (necesarios para tareas o actividades)
(h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
(i) A menudo es descuidado en las actividades diarias
(2) Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel desarrollo
Hiperactividad
A menudo mueve en exceso manos o pies, o se mueve en su asiento
(a) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera permanezca sentado
(b) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
(d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
(e) A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor
(f) A menudo habla en exceso
Impulsividad
(g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
(h) A menudo tiene dificultades para guardar turno
(i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)

Tabla 3. Proporción de niños bipolares e hiperactivos con síntomas clásicos de manía

	% BP (n=60)	% TDAH (n=60)
Grandiosidad	85,0	6,7
Ánimo eufórico	86,7	5,0
Actos temerarios	70,0	13,3
Búsqueda desinhibida de personas	68,3	21,7
Hacer el ridículo (tonteras), risas	65,0	21,7
Fuga de ideas	66,7	10,0
Pensamiento acelerado	48,3	0,0
Hipersexualidad	45,0	8,3
Disminución de la necesidad de dormir	43,3	5,0
Aumento de actividad dirigida a metas	51,7	21,7
Incremento de la productividad	36,7	15,0
Irritabilidad	96,7	71,7
Habla acelerada	96,7	78,3
Hiperenergético	96,7	91,7
Distractibilidad	91,7	95,0

Modificado de Geller y cols (1998)¹⁴

*Todos los valores estadísticamente significativos, excepto las dos últimas características.

una “meta u objetivo” (por ej. recrear un juego), hecho que por lo general, no se ve en el DAH. Por lo demás, la hiperactividad del maníaco puede prolongarse durante horas, sin descanso y sin signos de agotamiento, disminuyendo además la necesidad de sueño.

Se agrega al psicoestimulante, carbamazepina en dosis de 400 mgs/día, cuyo efecto estabilizador logra modular la conducta y el dormir. Cabe destacar que la carbamazepina tiene un buen perfil anti-maníaco en rangos de 10 a 20 mgs/kg/día, debiendo alcanzarse niveles plasmáticos en un rango de 4 a 12 mcg/ml. Este fármaco, ha sido utilizado exitosamente cuando el TB se asocia a trastornos conductuales y a DAH, produciendo en jóvenes y estudiantes menor interferencia cognitiva y menor ganancia ponderal respecto a otros eutimizantes¹³. Por otra parte, ha demostrado utilidad en cicladores rápidos, es decir, en aquellos pacientes con 4 o más fases afectivas durante un

mismo año, características observadas en el caso expuesto^{1,13}.

Discusión diagnóstica

El DAH y el TB presentan un importante sobreposición sintomático. La mayoría de los pacientes con TB (91%) cumplen prácticamente todos los criterios para este diagnóstico, situación no aplicable al DAH, en que los pacientes no cumplen con la mayoría de los criterios para TB⁵. Los síntomas de DAH comunes al TB incluyen una extensa lista de características tales como: desatención, altos niveles de actividad motora, impulsividad y presión al habla (más hablador)^{1,8}, aunque en este caso, no sólo se habla más, sino además el lenguaje estaría acelerado, reflejando el estado del pensar; incluso la escasa necesidad de sueño puede ser común a ambos diagnósticos, aunque se presenta en menor grado e intensidad en el paciente hiperactivo¹. En la tabla 3 se compara la prevalencia de los ítems de manía entre TB y DAH¹⁴.

El grupo encabezado por Bárbara Geller en la Universidad de Washington, ha presentado hallazgos que apoyan la premisa que el TB puede ser diferenciado del DAH. En un estudio cuidadosamente diseñado, estos investigadores evaluaron a 120 niños entre 7 y 16 años (60 bipolares y 60 con DAH sin TB) con una entrevista semi-estructurada, comparando las tasas de prevalencia de 16 síntomas maníacos. Los criterios diagnósticos de bipolaridad fueron más conservadores y estrictos que los del DSM-IV, requiriendo al menos un episodio de manía con una duración mínima de dos semanas, o un episodio de hipomanía de dos meses o más. Con excepción de los ítems “hiperenergético” y “distráctil”, todos los ítems de manía fueron significativamente más altos en el grupo bipolar. Por ejemplo, 85% de los niños bipolares presentaban grandiosidad *versus* 6,7% del grupo hiperactivo; del mismo modo, 86,7% del grupo bipolar presentaba humor elevado, comparado con un 5% de los hiperactivos¹⁴.

Geller y cols (2002) en un nuevo estudio, comparan 93 pacientes bipolares tipo I (maníaco-depresivo) y tipo II (hipomaniaco-depresi-

vo), con 81 pacientes hiperactivos sin TB y con 94 controles sanos, cuyas edades fluctuaban entre los 9 y 11 años. Los síntomas que mejor diferenciaban un TB de un DAH fueron respectivamente humor elevado (89% vs 14%), grandiosidad (86% vs 5%), fuga de ideas (71% vs 10%), disminución de la necesidad de sueño (40% vs 6%), e hipersexualidad (43% vs 6%). Síntomas como distractibilidad e hiperkinesia no pudieron distinguir un cuadro bipolar de un DAH¹⁵.

A pesar de que estos resultados sugieren que los niños con manía pueden distinguirse de los hiperactivos con cierta facilidad, los criterios empleados en el estudio de Geller y cols¹⁴ resultan restrictivos, siendo sus resultados aplicables a la enfermedad maníaco o hipomaniaco depresiva clásica, tal y como se expresa en el adultos, sin embargo, esos tipos de TB son poco representativos y de muy baja prevalencia en los niños y adolescentes.

El hecho que la manía en el TB NOS sea irritable más que eufórica, orienta a plantearse un DAH asociado a TC. Al respecto, Carlson (1999) sostiene que, aunque es raro de encontrar en el TB infantil, sólo la euforia y la grandiosidad aparecen como síntomas exclusivos de manía, puesto que la irritabilidad se da en diversas patologías psiquiátricas.

En el trastorno de oposición desafiante, la irritabilidad se muestra como conducta que busca deliberadamente molestar o fastidiar a terceros, y en el DAH como una conducta reactiva al medio, frente a la frustración, a una negativa o a un castigo¹⁶. En los bipolares, la irritabilidad suele ser más severa y violenta que en otros cuadros¹⁷; los pacientes se muestran hostiles, desafiantes y agresivos, siendo muy perturbadores para padres y familiares. En estos casos, la irritabilidad cobra el valor de un estado de ánimo, pues “es el estar” del ser, y no “su reaccionar” el que se ve comprometido. Una analogía similar podría surgir al comparar la depresión y la tristeza. Esta última -como emoción-, es un sentirse bruscamente afectado por una vivencia actual, ida o venidera. Pero por ser una emoción, es algo temporal, momentáneo y autolimitado, que logra ser desplazado fácilmente por el paciente para ocuparse de otras cosas. La depresión, como estado aními-

co, en cambio, es una tristeza sin causa aparente, que viene para quedarse, al igual que la irritabilidad en el TB. En este caso, el síntoma “irritabilidad” cobra vida propia, es independiente a la situación ambiente, con casi “nula” posibilidad de desplazamiento pese a la intención y voluntad por hacerlo¹³.

Como hemos señalado, y en relación a lo anterior, la observación de síntomas conductuales, por sobre los síntomas afectivos clásicos (eufóricos/depresivos), contribuye al subdiagnóstico del TB, por no considerarse la irritabilidad como síntoma afectivo de la fase maníaca⁸.

En el aspecto cognitivo, muchos niños y principalmente adolescentes bipolares reportan tener muchos pensamientos y “no saber que pensar primero o como ordenarlos”, incluso algunos mueven la cabeza intentando “sacudir” tantas ideas. Los niños sin TB, en cambio, no manifiestan alteraciones en el curso del pensar. Por su parte, los niños con DAH, no presentan un aumento en la producción de ideas ni en las asociaciones sino, más bien, prima el trastorno de la atención, la distracción facilitada, la impulsividad y la hiperactividad pura¹³.

Otro síntoma compartido es la impulsividad. En ambos no existiría un acto reflexivo o contenedor que module el actuar o modifique una conducta. En el DAH la impulsividad no se aboca a nada, produciéndose por ella accidentes o daño a la propiedad por descuido (por ej. romper un florero o cruzar la calle sin mirar). En el maníaco, la impulsividad puede expresarse en conductas sexuales inapropiadas- se manifiesta en relaciones sociales desinhibidas y actos delictivos como robar, señalando alguno de los pacientes “que nada les puede pasar, pues están por sobre la ley”. En la manía, las alteraciones conductuales tienen un inicio abrupto, predominando el impulso por sobre la intención de dañar, cediendo durante la compensación afectiva¹⁶.

En cuanto a las conductas de riesgo, los bipolares recurren a ellas en concordancia a su estado de ánimo. Reportan, por ejemplo, súbitas aficiones por las alturas como “pasear por cornisas”, “balancearse en balcones” o “ventanas de edificios”, en un contexto de ideas de muerte que relatan con exaltación y fascina-

ción. En los niños y adolescentes con DAH el riesgo se desprende de su impulsividad e hiperactividad motora y no del pensar¹³.

En el caso clínico citado, se agrega en bloque la hiperactividad y conductas maníacas por sobre la hiperactividad clásica del DAH. La madre relataba un patrón cíclico de una hiperactividad distinta y desbordante, que cede espontáneamente manteniéndose el comportamiento basal controlable con psicoestimulantes. Esta convivencia diagnóstica no es infrecuente; de hecho, existe consenso en cuanto a la alta comorbilidad del TB con DAH, situación no observada en forma inversa¹⁷⁻¹⁹. Se estima que entre un 60 a 98% de los pacientes maníacos prepúberes y entre un 30 a 40% de los adolescentes presentaría un DAH asociado; y por otro, un 11 a 22% de los pacientes hiperactivos presentaría un TB^{18,20-22}. Uno de los estudios más importantes de comorbilidad fue realizado por Biederman y cols (1996) quienes observaron durante 4 años una población de 260 niños hiperactivos y 120 controles normales. Al comenzar el estudio, el 11% de los niños hiperactivos cumplía además criterios de TB, y al final del seguimiento un 12% extra había desarrollado dicha enfermedad²³.

Conclusiones

El DAH y el TB presentan clínica compartida cuya diferenciación resulta imprescindible para elegir un tratamiento adecuado, planificar una intervención a largo plazo y para plantear un pronóstico evolutivo. La escala o test de Conners, utilizado de modo universal por los profesores para derivar sus alumnos “problema” a psicólogos, neurólogos o psiquiatras, no permiten discriminar entre TB y DAH, lo que se traduce en errores diagnósticos, principalmente cuando el médico se basa en dicha escala evaluativa y en una entrevista poco rigurosa en la búsqueda de sintomatología afectiva eufórica e irritable.

La hiperactividad que compromete la idea-ción y que se dirige a una meta o a un acto específico, la irritabilidad basal, el comienzo brusco de los síntomas, la exacerbación y la retirada en bloque de la clínica, la inestabilidad

afectiva marcada (momentos de alegría, tristeza, rabia), el compromiso del patrón en los ciclos de sueño, la aparición de sintomatología depresiva en algún momento de la evolución y los antecedentes familiares para trastorno bipolar, orientarían más hacia este último diag-

nóstico que a la hipótesis de un déficit atencional hiperactivo.

Por último, la alta comorbilidad TB/DAH, hacen necesaria la búsqueda de síntomas afectivos en la entrevista diagnóstica del niño hiperactivo.

Referencias

- 1.- *American Psychiatric Association*: Trastornos del estado de ánimo. En: American Psychiatric Association. ed. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4th edition (DSM-IV). Washington DC: Masson, 1994.
- 2.- *National Institute of Mental Health Research Round Table on Prepubertal Bipolar Disorder*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40: 871-8.
- 3.- *Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE, et al*: Defining clinical phenotypes of juvenile mania. Am J Psychiatry 2003; 160: 430-7.
- 4.- *Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR*: Bipolar Disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34: 454-63.
- 5.- *Reichart CG, Nolen WA*: Earlier onset of bipolar disorder in children by antidepressants or stimulants?, an hypothesis. J Affect Disord 2004; 78: 81-4.
- 6.- *Faedda GL, Baldessarini RJ, Gloverinsky IP, et al*: Pediatric bipolar disorder: phenomenology and course of illness. Bipolar Disord 2004; 6: 305-13.
- 7.- *Akiskal HS*: Developmental pathways to bipolarity: are juvenile-onset depressions pre-bipolar?. J Am Acad Adolesc Psychiatry 1995; 34: 754-63.
- 8.- *Kim EY, Miklowitz DJ*: Childhood mania, attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder: a critical review of diagnostic dilemmas. Bipolar Disord 2002; 4: 215-25.
- 9.- *Perugi G, Toni C, Akiskal HS*: Anxious-bipolar comorbidity: diagnostic and treatment challenges. Psychiatr Clin N Am 1999; 22: 565-83.
- 10.- *Perugi G, Akiskal HS*: The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothimic, anxious-sensitive, impulse dyscontrol, and binge eating connection in bipolar II and related conditions. Psychiatr Clin N Am 2002; 25: 713-37.
- 11.- *Toro J*: Trastornos bipolares en niños y adolescentes. En Vieta E, Gastó C. (Eds.). Trastornos bipolares. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1997.
- 12.- *Fristad MA, Weller EB, Weller RA*: The mania rating scale: can it be used in children? A preliminary report. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992; 31: 252-7.
- 13.- *Holmgren D, Martínez JC, Grau A*: Trastorno bipolar de inicio precoz. En Correa E, Silva H, Risco L. ed.: Trastornos Bipolares. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2006: 255-92.
- 14.- *Geller B, Williams M, Zimmerman B, et al*: Prepubertal and early adolescent bipolarity differentiate from ADHD by manic symptoms, grandiose delusions, ultra-rapid or ultradian cycling. J Affect Disord 1998; 51: 81-91.
- 15.- *Geller B, Zimmerman B, Williams M, et al*: DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention-deficit hyperactive and normal controls. J Child Adolesc Psychopharmacol 2002; 12: 11-25.
- 16.- *Carlson GA*: Juvenile Mania v/s ADHD. J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry 1999; 38: 353-4.
- 17.- *McClellan J, Werry JS, the work group on Quality Issues*: Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescent with bipolar disorder. J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry 1997; 36: 157-76.
- 18.- *Wozniak J, Biederman J, Kiely K, et al*: Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34: 867-76.
- 19.- *Faedda GL, Baldessarini RJ, Suppes T, et al*: Pediatric-onset bipolar disorder: a neglected clinical and public health problem. Harv Rev Psychiatry 1995; 3: 171-95.
- 20.- *Faraone SV, Biederman J, Wozniak J, et al*: Is comorbidity with ADHD a marker for juvenile-onset mania? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 1046-55.
- 21.- *West SA, McElroy SL, Strakowski SM, et al*: Attention deficit hyperactivity disorder in adolescent mania. Am J Psychiatry 1995; 152: 271-3.
- 22.- *Milberger SH*: ADHD and comorbid disorders: Issues of overlapping symptoms. Am J Psychiatry 1995; 152: 1793-9.
- 23.- *Biederman J, Faraone S, Mick E, et al*: Attention-deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: an overlooked comorbidity?. J Am Acad Adolesc Psychiatry 1996; 35: 997-1008.