



INSTITUTO NACIONAL
DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE

Información

Clínica

Volumen 14

Número 9

Septiembre de 2003

Estado actual del consumo de drogas entre adolescentes en México

Introducción

Desde hace más de 30 años existen variaciones importantes en el consumo de drogas entre la población adolescente; hay nuevas drogas como las metanfetaminas, cuyo consumo se inicia cada vez más tempranamente. Hasta mediados de la década de 1980, los inhalables se mantuvieron como la droga más popular; sin embargo en los últimos años aparentemente el consumo de éstos ha disminuido a expensas de un aumento en el consumo de cocaína. En 1986 este consumo era de 4%, en 1999 fue de 67%. De ahí que probablemente uno de los datos más importantes es que la mayoría de los nuevos usuarios de cocaína se inician directamente con esta droga. En la frontera norte del país ha aumentado de forma significativa el consumo de heroína. A nivel mundial, aunque México se ubica entre los países con bajas tasas de consumo, a su vez, documenta un incremento del problema. La ONU estima una prevalencia mundial de 4.2% para cualquier droga ilícita, en la población de 15 años en adelante, en tanto que en México el índice para la población de 12 a 65 años es de 1.2%.

Método

La tercera Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) se realizó en 1998 con el objetivo de actualizar la información sobre la prevalencia y abuso de sustancias adictivas entre residentes de viviendas particulares: adultos de entre 18 y 65 años y adolescentes de 12 a 17 años. Se utilizó un cuestionario estandarizado cuya sección sobre consumo de sustancias fue aprobada por la OMS y que se ha venido aplicando desde 1974. Este instrumento es capaz de discriminar entre la prevalencia global, la lápsica y la actual. En el cuestionario se incluyen cuatro preguntas para evaluar los problemas relacionados con las drogas y se indaga si el paciente: ha estado hospitalizado por el uso de drogas, ha sido arrestado o asaltado después de consumirlas y si manifiesta el deseo de consumir menos drogas. Contiene escalas que evalúan las características siguientes: percepción de disponibilidad, tolerancia social y percepción de riesgo, consumo de drogas en la familia y por parte de los amigos, depresión e ideación e intentos suicidas. La relación entre las variables y el uso de drogas se analizó mediante regresión logística; se tomó en cuenta el uso de cualquier droga ilegal sin hacer distinción de su tipo, debido al reducido tamaño de la muestra. Con el fin de conocer los factores que se relacionan con la experimentación, se hizo una regresión logística, específicamente se realizaron tres análisis cambiando los valores de la variable dependiente. En el primero se tomó a no usuarios-

experimentadores, en el segundo a no usuarios-uso continuado y en el tercero a uso experimental-uso continuado. Se crearon nueve estratos geográficos compuestos por: las tres áreas metropolitanas más grandes del país, cuya delimitación se basó en la que definió el INEGI para el conteo de población de 1995; tres ciudades fronterizas y tres regiones del país. La muestra se calculó con una precisión de 3% y un nivel de confianza de 95% para los datos nacionales. Para los nueve estratos, la precisión fue de 5% con una confianza de entre 90% y 95%. Se seleccionó a 4325 adolescentes; 3882 entrevistas completas y 443 entrevistas fueron registradas como no respuestas.

Resultados

Los índices de consumo de sustancias entre los varones oscilan, en el caso de la cannabis, de 2.5%; a 0.2% en el caso de los alucinógenos, entre las mujeres los índices fueron aun menores, y oscilaron entre 0.5% y 0.1% para ambas sustancias. En total 1.3% de las mujeres y 3.4% de los varones manifestaron haber consumido, de una a cinco veces, una o más de las drogas consideradas; 0.3% y 1.5% continuaron su uso después de experimentar los efectos. Tanto en los hombres como en las mujeres los alucinógenos siguen siendo drogas de experimentación mientras que la cannabis y los estimulantes tienen un uso habitual. Los hombres buscan más las drogas y las mujeres indicaron que deseaban disminuir el consumo. En total 28% de las mujeres y 45% de los varones que habían usado drogas manifestaron tener uno o más problemas derivados del consumo. Entre las ciudades estudiadas Tijuana, ciudad Juárez, Guadalajara y Monterrey son las que muestran los índices más elevados de consumo; la ciudad de México se caracteriza por su elevado consumo entre las mujeres (3%), sólo superado en Tijuana (5.7%). Los inhalables son las sustancias de inicio más temprano, seguidos por la cannabis; el consumo de cocaína se inicia a partir de los 11 ó 12 años; sin embargo, cuando los adolescentes inician el consumo después de los 14 años es más probable que lo hagan con la cannabis o la cocaína que con sustancias inhalables. Los parques y las calles son los lugares en donde más se obtiene la droga. Las razones más

Contenido

Estado actual del consumo de drogas entre adolescentes en México	49
Usando la teoría del apego para entender la conducta mórbida	50
Influencias de los cuidados de ambos padres en los rasgos normales de la personalidad"	52
El trastorno bipolar (TBP) juvenil	53

importantes entre los varones, para consumir drogas fueron: ver si les gustaba (27%), les dijeron que les harían sentir bien (22%), sus amigos las estaban usando (16%). Entre las mujeres: la razón más importante fue que las hacía sentir bien (26%), ver si las tranquilizaba (20%) y ver si les gustaba (14%). Uno de los factores con los que se asocia el consumo es la disponibilidad, ya que hasta un 35% dijo que le era fácil obtener las drogas. Sesenta y siete por ciento de los varones y 57% de las mujeres dijeron que fueron sus amigos quienes les habían dado las drogas. La tolerancia social al consumo de drogas sigue siendo baja hasta 90% de los evaluados dijeron que sus papás o sus amigos veían mal dicho consumo. De los varones 1.8% confirmó que el padre consumía drogas y 2.1% reconoció que algún hermano las consumía. Al parecer el consumo de drogas por parte de un hermano es la influencia más poderosa para el inicio del consumo. Un 5.9% de los que no acudía a la escuela consumía drogas y, de los que sí acudía a clases, sólo 2.2%. Ochenta y cuatro por ciento de los varones y 69% de las mujeres que consumía drogas tenía mal desempeño académico. Los menores que trabajan y que percibían un salario experimentaron con más frecuencia con las drogas (5.2%) en comparación con 1.8% de los que no trabajaban. De los encuestados, 20% reportó tener síntomas depresivos y 1.34% de los entrevistados dijo haber intentado suicidarse.

Predicciones sobre la experimentación, uso continuado y problemas con las drogas

El análisis de regresión logística mostró que por el hecho de ser varón se aumentaba 2.87 veces el riesgo de usar drogas y que no estudiar lo aumentaba 2.06 veces. La percepción de riesgo o la tolerancia social en la familia no modificaron la decisión del individuo. Sin embargo el riesgo de experimentar se elevó 1.89 veces cuando al consumidor le resultaba fácil conseguir las drogas, 1.69 veces cuando el mejor amigo no desaprobaba el consumo, 2.69 veces cuando sus amigos las usaban y 3.78 veces cuando era un familiar el que las consumía. El paso de la experimentación al uso continuado estuvo determinado por la percepción de que los padres no verían mal dicho uso; de que los usuarios fueran varones o de que no percibieran que consumir drogas era peligroso. El no percibir riesgos en el consumo fue la determinante más importante que permitió separar a quienes habían tenido problemas con la policía de aquellos que no los tuvieron.

Discusión

Las drogas se hacen presentes entre los adolescentes del país a partir de que éstos alcanzan los 12 años y la cocaína ha ocupado un lugar preponderante en sus preferencias. Al comparar la encuesta nacional actual con las anteriores –que abarcan un periodo de 10 años–, se hacen evidentes los aumentos en el consumo eventual, de esta forma el consumo de cannabis se elevó significativamente pero fue la cocaína la que registró los incrementos más importantes. Así se pudo observar que la cannabis sigue siendo la principal droga consumida y que los inhalables, que ocupaban el segundo lugar en 1988, fueron desplazados por la cocaína. Al parecer, la asistencia a la escuela se convierte en un factor protector importante. De los varones, 24%, y 20% de las mujeres, consideran que el consumo de drogas no es peligroso. Debe reforzarse la idea de que las drogas dañan la salud ya que éste es el principal motivo que señalan los adolescentes para no acercarse a las drogas. El principal vector para el consumo de drogas son los amigos. Ser varón aumenta la probabilidad de usar drogas, tener menos de 15 años y no trabajar o ser hijo de un jefe de familia con baja escolaridad predice el uso de inhalables.

Conclusiones

México es un país donde el consumo de drogas entre los adolescentes es un problema de salud pública; se ha incrementado el consumo de las principales sustancias y los inhalables han

dejado de ocupar el segundo lugar entre los más usados al ser sustituidos por la cocaína. Las políticas nacionales de lucha contra este flagelo deberán adecuarse para combatirlo de la forma más oportuna y agresiva que sea posible.

(Francisco de la Peña Olvera)

Bibliografía

MEDINA-MORA MA, CRAVIOTO P, VILLATORO J y cols: Consumo de drogas entre adolescentes: resultado de la Encuesta Nacional de Adicciones, *Salud Pública de México*, 45(supl 1):s16-s25, 2003.

Usando la teoría del apego para entender la conducta mórbida

■ El objetivo de este artículo fue describir la utilidad de un modelo de apego en el cuidado de los pacientes con una enfermedad médica o quirúrgica.

La teoría del apego nació a partir de las observaciones de John Bowlby, en niños que se vieron separados de sus padres durante su hospitalización, enfatizando que la necesidad del ser humano por el apego podría ser activada por las circunstancias de la enfermedad. Sus descripciones nos hacen recordar que es frecuente que el enfermo tenga una mayor necesidad o deseo de sentir un estrecho cuidado por parte de otros.

Una breve revisión de la teoría del apego

El apego es conceptualizado como un sistema innato, que desde el punto de vista de la evolución se manifiesta principalmente en los mamíferos, para aumentar al máximo las probabilidades de sobrevivencia de un sujeto recién nacido que no tiene aún la maduración necesaria para sobrevivir independientemente. La conducta de apego se desencadena en momentos de amenaza, ante la ausencia inesperada de la figura de apego primaria, o por la aparición súbita de un nuevo estímulo amenazante.

Bowlby conceptualizó que el mantenimiento de estos patrones a lo largo de la vida ocurre vía el desarrollo de un *modelo de trabajo interno*. Este modelo puede entenderse como un esquema cognoscitivo que predice la conducta probable de otros y la de él mismo en momentos de amenaza, y entonces determina una acción conductual apropiada. Existen estudios longitudinales que muestran la persistencia del estilo de apego de la persona a través de varias décadas, como una característica de rasgo que resulta más evidente durante ciertos estados.

Los autores del artículo adoptan los niveles propuestos por Hazan y Shaver. En esta nosología, la distinción primaria se da entre el apego seguro y los dos subtipos de apego inseguro, llamados, apego ansioso y evitativo. Las personas con un apego SEGURO se conducen en una forma congruente con su creencia de que sus figuras de apego serán lo suficientemente confiables y efectivas en momentos de amenaza. La prevalencia de este tipo de personas es de 55%. Los individuos INSEGURO-ANSIOSOS parecen haber desarrollado poca fé en su propia capacidad para manejarse y a su vez se dirigen a otros de manera ansiosa: desarrollan una conducta de búsqueda de cuidado compulsiva. Su expresión de afecto es típicamente intensa, y se manifiesta como la de alguien que tiene un pobre control de su malestar. El estilo de relación de las personas INSEGURAS-EVITATIVAS se debe a que han recibido un cuidado distante, de abandono, o no confiable, en relación con sus necesidades individuales, durante su desarrollo. Otras personas las perciben como relativamente no emocionales o como firmemente controlados.

Estos subtipos de apego pueden describirse linealmente dentro de un espectro en donde en un extremo existe una expresión emocional alta y una pobre regulación del afecto, y por el otro una expresión emocional baja y su correspondiente sobrerregulación del afecto. En tal *continuum*, el apego seguro reside en el punto medio. El modelo lineal implica que el objetivo del manejo, es mover a cualquier individuo a la línea media, hacia un modo más seguro del funcionamiento. La mayoría de las personas, aunque no todas, pueden caracterizarse por un punto sobre este *continuum*. Para entender a aquéllos que no se describen claramente, se necesita identificar otro grupo más de apego, es decir, el grupo INSEGURO-DESORGANIZADO. Para identificar este grupo es útil introducir otros dos conceptos de apego. El primero de éstos es la COHERENCIA. Es coherente aquella persona que puede hablar abiertamente sobre una variedad de experiencias en el pasado, con un recuerdo fluido, y el afecto actual que es congruente con el material que se está discutiendo. El otro concepto relevante es el METAMONITOREO-COGNOSCITIVO, o FUNCIONAMIENTO REFLEXIVO. Aquellos individuos con una historia coherente son típicamente capaces de reflexionar o monitorizar su propio estado mental así como también el probable estado mental de las otras personas significativas en la interacción. En las personas con patrones de apego más inseguros se cree que la experiencia temprana de otros, tal como las incongruencias, los reproches, o la sobreatención en relación a sus propias necesidades ha hecho difícil entender lo que la otra persona está pensando o sintiendo. Las personas desorganizadas pueden aparentar tener un estilo predominantemente ansioso o evitativo, sobre todo cuando están estresadas, y pueden manifestar una mezcla de ambos estilos; así, pueden conducirse con aproximación o alejamiento. El estilo de apego desorganizado está asociado con una historia de trauma psicológico y una falta de resolución de este trauma.

Algunos autores han observado que la teoría del apego es similarmente útil para el marco hospitalario psiquiátrico. Este modelo presume que la enfermedad activa el sistema de apego, lo que parece probable debido a que la enfermedad es corporalmente una amenaza, y la hospitalización implica enfrentar nuevos medios ambientes, la separación de las personas significativas, la obligación de confiar en extraños y la necesidad de negociar un nuevo “papel de enfermo”.

Apego seguro

Aunque estresada por el evento mórbido, la persona con apego seguro tiene un sentido de resiliencia adecuado. El modelo de trabajo interno de un individuo seguro incluye la expectativa de que la ayuda que recibirá será suficiente, y que el personal médico es digno de confianza para apoyarlo durante la crisis. Los sentimientos creados por la enfermedad, que incluyen ansiedad, miedo, enojo u otros afectos “negativos”, serán capaces de expresarse en una forma que no enajene a los cuidadores. La descripción del paciente sobre su enfermedad será “coherente”, con pocas incongruencias o lapsos de recuerdo. Tendrá una fuerte capacidad reflexiva.

Apego inseguro-ansioso: El buscador compulsivo de cuidados

El paciente apegado ansiosamente que acude a recibir atención médica, cree muy poco en su propia capacidad para enfrentar la enfermedad. El modelo de trabajo interno de un paciente inseguro-ansioso predice que dar señales de malestar casi constantes es la mejor forma de mantener la proximidad de una figura de apego. Este patrón de búsqueda de cuidado es típico del individuo cuyo sentido propio de inestabilidad lo conduce a depender de otros –aunque invariablemente encuentra que la ayuda de los demás es insuficiente– y les deja una sensación de ansiedad casi constante y una sed insaciable por aliviarse. La capacidad para reflejarse en los estados mentales de otros, se puede limitar por la preocupación del paciente con su propio estado interno de miedo.

Las recomendaciones para el manejo se derivan de la

formulación del apego. Primeramente, se requieren límites claros, con una atención empática dentro de esos límites. El objetivo es proveer la seguridad necesaria antes de que el paciente la pida, reforzando de esta manera la idea de que el apoyo se dará sin considerar si existen o no quejas sintomáticas por parte del paciente. En segundo lugar, para disminuir el malestar de estos individuos, uno debe aceptar que el paciente necesita al profesional de salud para actuar como un “regulador externo”. Como el déficit clave se presenta en la regulación afectiva, ésta es la función que el terapeuta debe fortalecer. La regulación externa efectiva del malestar emocional ocurre tanto con intervenciones psicoterapéuticas como farmacológicas.

Apego inseguro-evitativo: El paciente compulsivamente autoconfiado

Con frecuencia, los pacientes auto-seguros, “evitativamente apegados” no son tenidos por problemáticos por el equipo de cuidados, debido a que su estilo es no presentar exigencias o incluso permanecer distantes. Su modelo de trabajo interno predice que el semejante no es confiable, y que ellos están mejor solos y evitando en algún grado depender de otras personas, los que inevitablemente los abandonarán cuando los necesiten más. La atención estrecha del doctor o la enfermera puede ser experimentada como amenazante. Debe permitirse al paciente mantener una distancia interpersonal adecuada y de esta manera reducir su necesidad de crear una mayor distancia para modular su ansiedad acerca de la dependencia.

En algunos estudios se ha podido notar que los pacientes evitativos dentro de la psicoterapia con frecuencia se resisten al tratamiento. Esto se debe a que al identificarse las áreas problema, especialmente dentro de sus relaciones, se incrementa la ansiedad. A su vez, se exacerba su estilo evitativo, y lo lleva a no comprometerse con el terapeuta. En las circunstancias que se presentan en el paciente con una enfermedad crónica (por ejemplo, diabetes mellitus) es posible alentar discretamente una reducción en el control afectivo y un incremento en la identificación de los estados emocionales, para intentar mover al paciente a la mitad del *continuum*. La demostración continua de flexibilidad, puede ayudar a que las necesidades del paciente se ajusten a los puntos de acuerdo, y también a plantear una visión menos fija del mundo para estos pacientes rígidos.

Apego desorganizado

Los pacientes con un estilo desorganizado probablemente habrán tenido experiencias de relación extremadamente aberrantes, típicamente con un cuidador que ha sido impredeciblemente agresivo o abusivo. Su modelo de trabajo interno no está insuficientemente organizado para proveer una estrategia confiable cuando trata o interactúa con otros. Su experiencia afectiva, a pesar de ser intensa, es disociada e incongruente. Estos pacientes pueden desear intensamente que el equipo médico y de enfermería les responda en una forma confiable y efectiva, pero tienen poca o ninguna fe en que el mismo sea capaz de lograrlo. El resultado es una búsqueda de ayuda, con frecuencia de una forma exagerada o hipocondriaca, pero acompañada de una actitud de enojo, abandono y de la seguridad de que tal ayuda no funcionará. El objetivo más realista es el de limitar el grado en que el paciente desorganiza al equipo de tratamiento, para que dicho equipo pueda potencialmente mantener su función como un regulador efectivo externo y proveedor de atención. Es mejor ignorar la hostilidad, aunque se deben poner límites claros a las expresiones de enojo aceptables. Definitivamente, este modelo de apego caótico y cambiante y las probabilidades de lograr un cambio efectivo en el momento de una crisis médica son mínimas.

(Lino Palacios Cruz)

Bibliografía

HUNTER JJ, MAUNDER RG: Using attachment theory to understand illness behavior. *General Hospital Psychiatry*, 23:177-182, 2001.

Influencias de los cuidados de ambos padres en los rasgos normales de la personalidad

Introducción

Existe literatura que relaciona los actos de los cuidados de los padres experimentado en la infancia con el desarrollo de los trastornos de la personalidad en etapas posteriores. En años recientes la atención se ha centrado en dos teorías dimensionales mayores sobre la estructura normal de la personalidad: el modelo de los cinco factores (MCF), especialmente medido por el Inventario Revisado NEO de la Personalidad (NEO-PI-R) y el Modelo Psicobiológico de los siete factores, el Inventario de Temperamento y Carácter (ITC). El MCF emerge del análisis tanto de la lengua materna como de los inventarios de personalidad e incluye dimensiones de neuroticismo, extraversión, apertura, conformidad y escrupulosidad. El ITC se compone de cuatro factores de temperamento: búsqueda de la novedad, evitación del daño, dependencia a la recompensa y persistencia. Se piensa que dichos factores se manifiestan tempranamente en el desarrollo, y que están ligados con los sustratos neuroquímicos. El ITC se compone además de tres factores de carácter –autodirección, cooperatividad y autotranscendencia– que se supone que maduran en la adultez.

La mayoría de los estudios que examinan los factores etiológicos de la personalidad normal se han enfocado en la heredabilidad de las dimensiones de la personalidad del MCF y del ITC. Estos estimados sugieren que hasta la mitad de las variaciones de las dimensiones de personalidad pueden explicarse por la herencia. Se sabe relativamente poco respecto a los efectos de las experiencias de la infancia temprana sobre los rasgos normales de la personalidad en el adulto.

Objetivo

Investigar más a fondo la asociación entre los rasgos de la personalidad normal y la experiencia del cuidado temprano recibido de ambos padres.

Método

El estudio se realizó con una amplia muestra comunitaria. Para medir la personalidad se aplicó tanto el NEO-PI-R como el ITC. Las experiencias de los cuidados de ambos padres se midieron dimensionalmente mediante el Instrumento de Vínculo Paterno y/o Materno (PBI), un cuestionario autoaplicable con una validez de constructo demostrada, que obtiene respuestas basadas en la memoria de la forma en que los sujetos fueron criados durante sus primeros 16 años.

Los sujetos se seleccionaron de los participantes en el Estudio Epidemiológico Hopkins de Trastornos de Personalidad (HEPS). Se entrevistó a 3481 sujetos en 1981. Entre 1993 y 1996, 1920 sujetos fueron re-entrevistados. De estos sujetos, se seleccionó a aquellos que fueron entrevistados por psiquiatras en 1981, así como a todos los que en el seguimiento de 1993, se identificó como portadores de uno de los siguientes siete trastornos del eje I: esquizofrenia, manía, depresión, trastorno de pánico, TOC, uso de alcohol y de otras sustancias. Se seleccionó al azar a 25% de los sujetos restantes. Un total de 742 sujetos completó los

cuestionarios de personalidad que conforman el HEPS. De esta muestra, 45.1% tenía un diagnóstico de por vida en el eje I, 63% eran mujeres. El rango de edad fue de 34 a 94 años; 60% era caucásico y 37% afroamericano. Los niveles de educación de los sujetos fueron: 8° o menos (primaria) 26.1%; 9° a 12° (secundaria) 34%; y grados mayores 31.7%. Un 89.5% completó el NEO-PI-R y 94.3% completó el ITC. En relación con el PBI, la proporción de sujetos que dieron respuestas completas sobre cuidado materno y paterno, respectivamente, 91.5% y 86.8%; para restricción del comportamiento 96.2% y 83.8% y para negación de la autonomía psicológica 94.7% y 85.7% respectivamente. Las asociaciones entre los factores del PBI y los rasgos normales de personalidad en el adulto se realizaron mediante el coeficiente de correlación de Pearson. La varianza de cada uno de los factores de personalidad que era atribuible a las dimensiones del PBI se realizó a través de un análisis de regresión lineal. Los análisis se les hicieron a todos los sujetos y de forma separada a hombres y mujeres.

Resultados

Considerando a todos los sujetos combinados, la cantidad de varianza fue más uniforme en el NEO-PI-R comparada con los siete factores del ITC. De los factores del NEO-PI-R el neuroticismo y la escrupulosidad fueron los más fuertemente asociados con las dimensiones del PBI, lo que explicó el 7% y 3.9% de la varianza respectivamente. De los factores del ITC la autodirección y la evitación del daño, fueron los mayormente asociados con las dimensiones del PBI, lo que explicó el 6.4% y el 5.1% de la varianza respectivamente. La dimensión del PBI de restricción del comportamiento apareció mayormente asociada con los factores de extraversión y apertura del NEO-PI-R, mientras que el factor de negación de la autonomía psicológica del PBI apareció más asociado con las dimensiones del carácter del ITC, correlacionado positivamente con el factor autotranscendencia, y negativamente con las otras dos dimensiones del carácter. Las dimensiones maternas del PBI aparecieron más significativamente correlacionadas que las paternas con los factores de personalidad. El cuidado materno en las mujeres, pareció ser más importante que el paterno en cuanto a los factores de neuroticismo, conformidad y escrupulosidad. La restricción materna del comportamiento entre los varones, resultó ser más importante para los factores neuroticismo y escrupulosidad. La diferencia entre los efectos de las dimensiones maternas y paternas del PBI no fue significativa. Los niveles de varianza explicados por las dimensiones del PBI fueron mayores en el caso de los hombres que de las mujeres, para la mayoría de los factores de personalidad, aunque no resultaron ser estadísticamente significativas. En los hombres, las asociaciones entre las dimensiones maternas del PBI y de los factores de neuroticismo y escrupulosidad fueron más acusadas que en las mujeres. En las mujeres, las asociaciones de las dimensiones maternas, el factor conformidad y los factores dependencia a la recompensa y cooperatividad en el ITC fueron más fuertes que en los varones.

Discusión

Se encontraron correlaciones significativas pero modestas entre las experiencias de los cuidados de ambos padres y las medidas de personalidad normal. Es concebible que la asociación entre los cuidados de ambos padres y los rasgos de la personalidad normales pueda tener influencia en el desarrollo de ulteriores trastornos de la personalidad.

(Ma. Isabel Montes Burgoa)

RETI IM, SAMUELS JF, EATON WW, BIENVENU OJ III, COSTA GN JR, NESTADT G: *Psychiatry Research*, 111:55-64, 2002.

El trastorno bipolar (TBP) juvenil

■ El TBP en los niños y los adolescentes ha sido sujeto de controversia, debido a la creencia de que en los niños no existe y de que es raro en los adolescentes. Esta revisión cita los problemas relacionados con su subdiagnóstico, precursores de bipolaridad, comorbilidad, curso natural y tratamiento.

¿Por qué el TBP es subdiagnosticado o erróneamente diagnosticado?

Son muchas las razones para este problema de diagnóstico. Primero, comúnmente se sostiene la creencia que el TBP es poco común en los niños. No existen aún estudios epidemiológicos de dicho trastorno en niños, aunque los datos disponibles sugieren que no es infrecuente. La bibliografía sugiere que en 20-40% de los adultos tiene su inicio durante la infancia y la adolescencia. En un escrutinio epidemiológico, el índice de prevalencia del TBP varió de 0.6% a 13.3% dependiendo de si el criterio de duración o severidad eran aplicados. En segundo lugar, el diagnóstico erróneo también se debe al traslape sintomático entre la manía y otros trastornos. Tanto el TBP como el Trastorno por Déficit de Atención/Trastorno de Conducta (TDAH/TC) comparten varios síntomas. Aunque es difícil hacer la distinción entre el TBP y los trastornos de la conducta desorganizada, las condiciones difieren con respecto a la presentación sintomática, la edad de inicio y el curso. El diagnóstico, sin embargo, se vuelve incluso más difícil cuando la manía se desarrolla con el antecedente de un TDAH/TC preexistente. La *Mania Rating Scale*, las subescalas en el *Child Behavior Checklist* y el WASH-U-KSADS se han usado para diferenciar al niño maníaco del que presenta TDAH.

Tercero, el mal diagnóstico podría deberse también a la presencia concomitante de las características psicóticas en la manía. Las características psicóticas en los jóvenes con frecuencia son incongruentes con el estado de ánimo, lo cual se puede explicar por que la manía, en la infancia, con frecuencia se diagnostica erróneamente como esquizofrenia. Cuarto, la presentación atípica de la manía, particularmente en niños, contribuye a su subdiagnóstico. Los hallazgos de los estudios indican que la irritabilidad (con frecuencia asociada a la labilidad emocional) es la alteración afectiva más común seguida por el júbilo y el afecto expansivo. También se ha documentado que la enfermedad en los niños prepúberes comienza con ciclos en los cuales la disforia, la hipomanía y la agitación con frecuencia se entremezclan y que los extremos cíclicos de la depresión y la excitación maníaca se vuelven más aparentes con el inicio de la pubertad. Por último, el diagnóstico de la manía en los jóvenes es también difícil de emitir debido a su posible modulación por el desarrollo de la expresión sintomática.

Depresión juvenil, predisposiciones temperamentales y bipolaridad

Akiskal promueve la posibilidad de que la mayoría de los niños y adolescentes que presentan clínicamente un trastorno depresivo inequívoco podrían estar experimentando realmente el primer episodio de un TBP. Esta posibilidad se apoya al menos

parcialmente en el hecho de que 20-30% de los jóvenes con depresión mayor, van a desarrollar episodios maníacos. Sin embargo, este alto índice de conversión a la bipolaridad ha de ser tomado con algo de cautela, ya que para los tres estudios en los cuales se ha basado la anterior aseveración, se reclutó a los pacientes deprimidos en centros de tercer nivel, y de esta manera fueron seleccionados por sus formas de depresión relativamente severas. Un reciente estudio examinó el curso natural del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) en el adolescente en una amplia muestra comunitaria y documentó bipolaridad en menos de 1% de la muestra. En dos estudios independientes, la presencia de un TBP en la depresión, se ha asociado con el inicio del primer episodio depresivo en la pubertad temprana, un inicio agudo del Episodio Depresivo Mayor (EDM): fenomenología hipersómnica, –retardo psicomotor, características psicóticas, hipomanía inducida por tricíclicos, historia familiar bipolar y familiares en las generaciones consecutivas con trastornos afectivos. La depresión psicótica y una historia de TDAH con inestabilidad afectiva, en un paciente que se encuentra bajo tratamiento antidepresivo, se ha asociado con un viraje temprano a la manía. Por otra parte la evidencia demuestra que los antidepresivos no son infaliblemente útiles en la depresión juvenil y que además podrían empeorar el panorama clínico. Por último esta evidencia podría indicar la afinidad bipolar de algunos tipos de depresión.

La desregulación temperamental ha sido también asociada con un resultado bipolar en la población juvenil. Se ha encontrado que la distimia, la ciclotimia y la hipertimia predisponen a la bipolaridad, y se considera que estas predisposiciones temperamentales representan la primera indicación fenotípica observable en el genotipo putativo subyacente. La distimia en personas jóvenes podría ser el precursor de un TBP “suave”; esta aseveración ha sido apoyada por los hallazgos documentados en un estudio prospectivo de seguimiento de niños distímicos, de los cuales muchos mostraron características hipomaníacas y disfóricas, especialmente en el grupo con depresión doble.

El concepto del espectro bipolar “suave”, sin embargo, no es ampliamente aceptado. Este concepto de condiciones bipolares “suaves” proviene de la observación de que muchas, si no es que la mayoría, de las depresiones recurrentes realmente son bipolares. La diferenciación central del espectro es una tendencia recurrente a las “excursiones hipomaníacas”, las cuales, cuando se acoplan con los episodios depresivos de duración y severidad variable, dan lugar a los varios subtipos del espectro bipolar “suave”. Sin embargo sólo el subtipo II del TBP, ha recibido un reconocimiento oficial en el DSM-IV. La implicación clínica de este concepto de espectro es obvia: el tratamiento de estos pacientes bipolares “suaves” –cuya bipolaridad se encuentra oculta– con antidepresivos puede resultar en un viraje hipomaniaco y precipitar un ciclamiento rápido.

Comorbilidad

Recientemente se ha sugerido que la hiperactividad es la primera manifestación del desarrollo específico de la edad de inicio del TBP de inicio antes de la pubertad, y que el TDAH puede ser un marcador del desarrollo de una forma de inicio muy temprana del TBP. Esta hipótesis concuerda con la alta prevalencia del TDAH (57-98%) documentada en algunos estudios de TBP juvenil. Igualmente, se han documentado altos índices de TC en los bipolares juveniles (69-54%). Ya que la mayoría de los datos sobre la comorbilidad en sujetos con TDAH en los últimos 5 años proviene del grupo de Harvard, es necesario aclarar la controversia asociada con la comorbilidad del TDAH en el TBP juvenil. Los estudios longitudinales de seguimiento de niños con TDAH, no han mostrado una incidencia incrementada del TBP,

por lo que han surgido más dudas acerca de esta relación. Por último, se ha observado elevado riesgo solamente cuando los probandos padecían tanto TDAH como TBP, pero no cuando sólo presentaban TDAH. Altos índices de abuso de sustancias se han observado en algunas muestras de sujetos, lo que influye negativamente en el pronóstico y en la respuesta al tratamiento. Recientemente algunos estudios han documentado la coexistencia de la manía y de los trastornos profundos del desarrollo.

Curso y pronóstico

Tradicionalmente, se ha sabido que el TBP tiene un curso episódico con un pronóstico a largo plazo generalmente favorable, aunque algunos de los estudios recientes en adultos bipolares sugieren que el pronóstico es pobre. Actualmente, los datos sobre el curso y el pronóstico del TBP juvenil son limitados, aunque los datos disponibles sugieren que su curso es episódico con frecuentes recaídas. El hecho de que la mayoría de las recaídas (90%) ocurran en los primeros dos años después de la recuperación, viene en apoyo de la clara necesidad de mantener el tratamiento por un período muy prolongado. En adultos, la duración del episodio índice antes del ingreso, la severidad de las características endógenas, y una historia de episodios previos predice un tiempo más largo para su recuperación. Sin embargo, ningún predictor de recuperación se ha identificado en el TBP juvenil. Tampoco se han identificado predictores de recaída. Existe alguna evidencia que sugiere que los adolescentes con TBP pueden tener un curso temprano más prolongado y responder en menor medida al tratamiento. Aproximadamente la mitad de ellos muestra un deterioro funcional significativo. Un importante punto relacionado con la bipolaridad juvenil es el ciclamiento rápido, el cual parece ser una característica de este trastorno en esta etapa de la vida. Aunque se ha documentado que el índice de viraje del TBP I al II en los sujetos prepúberes es bajo y similar al manifestado en los adultos, se sugiere que el TBP II en el niño podría ser un precursor del desarrollo específico para edad, para el TBP I. Por último, en los adolescentes con un TBP hay riesgo incrementado de suicidio.

Tratamiento

La literatura sobre el tratamiento farmacológico del TBP juvenil es extremadamente limitada. Existe solamente un estudio doble ciego placebo controlado de una medicación en la manía juvenil, que usó una metodología y un diseño rigurosos. Este estudio encontró que el litio es significativamente más efectivo comparado con el placebo. Actualmente no es claro si el TDAH comórbido predice una respuesta al tratamiento. Los adolescentes bipolares con características psicóticas parecen responder más pobremente al litio que aquellos sin características psicóticas. La eficacia de otros fármacos antimaníacos, que incluyen la CBZ y el valproato de sodio, ha sido menos estudiada en la población juvenil. No está claro por cuanto tiempo la profilaxis ha de ser continua, dado que no existen estudios definitivos que citen el tratamiento a largo plazo del TBP de inicio temprano. La literatura que apoya el uso de antipsicóticos atípicos en el tratamiento del TBP juvenil es escasa, aunque existen informes sobre la eficacia de la clozapina y la risperidona en los adultos con manía refractaria al tratamiento. Algunos informes mencionan el efecto benéfico de la terapia electroconvulsiva en los jóvenes con TBP.

Conclusiones

Sin lugar a dudas existe el TBP en niños y en adolescentes, aunque con los trastornos de la conducta desorganizada,

particularmente con el TDAH, como precursores de la bipolaridad aún no son claros. Un fenotipo claramente definido es esencial, especialmente para los estudios genéticos y de tratamiento. La bipolaridad en esta forma requiere estudiarse en muestras amplias representativas determinadas, de un marco psiquiátrico general y de la comunidad. Los criterios para la manía pueden también ser modificados apropiadamente para incrementar las oportunidades de un diagnóstico seguro, particularmente en niños prepúberes. Los niños con un riesgo alto para desarrollar un TBP deben estudiarse cuidadosamente. Existe también la necesidad de identificar predictores de bipolaridad en la población juvenil que pudieran incluso replantear el tratamiento actual, al tratar de prevenir o limitar las secuelas del TBP. En esta área, por consiguiente, se necesita realizar estudios longitudinales por dos importantes razones primero, para determinar cómo las condiciones juveniles que actualmente se diagnostican como trastorno bipolar se relacionan con lo que se define como TBP en la adultez; segundo, para el desarrollo de tratamientos profilácticos efectivos que se implementen durante la infancia y adolescencia. Es necesario, pues, realizar estudios longitudinales del curso en el adulto, del TBP juvenil.

(Lino Palacios Cruz)

Bibliografía

- REDDY JYC, SRINATH S: Juvenile bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 102:162-170, 2000.
 AKISKAL HS: Developmental pathways to bipolarity: Are juvenile – onset depressions pre-bipolar? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(6):754-763, 1995.
 GELLER B, ZIMMERMAN B, BERINGER L y cols.: Phenomenology of prepubertal and early adolescent bipolar disorder: Examples of elated mood, grandiose behaviors, decreased need for sleep racing thoughts and hypersexuality. *J Child Adolesc Psychopharmacology*, 12(1):3-8, 2002.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Director Emérito
 Dr. Ramón de la Fuente.

Editor de la publicación
 Dr. Gerardo Heinze.

Jefe del Departamento de Publicaciones
 Dr. Héctor Pérez-Rincón.

Dirección: Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco
 Deleg. Tlalpan, 14370 México, D.F. Teléfono: 5655-28-11.
 Fax: 5655-04-11.

Suscripción anual 2003

	Nacional	Extranjero*
Instituciones	\$ 200.00	USD 60.00
Personas físicas	\$ 200.00	USD 50.00
Estudiantes con credencial vigente	\$ 100.00	USD 50.00
Números sueltos o atrasados	\$ 30.00	USD 6.00

* Estos precios incluyen el correo aéreo.

Departamento de Publicaciones:

Norma Vollrath, Mario Aranda Marqués, Laura de los Angeles Díaz
 y Elizabeth Cisneros.

