



INSTITUTO NACIONAL
DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE

Información

Clínica

Volumen 14

Número 10

Octubre de 2003

Tratamiento multifamiliar-conductual para el trastorno obsesivo compulsivo

■ El trastorno obsesivo compulsivo, que en otro tiempo era considerado una rara enfermedad con un pobre pronóstico, recientemente ha sido reconocido como el cuarto trastorno psiquiátrico más común, con un buen pronóstico cuando se administra un tratamiento apropiado.

El uso del modelo multifamiliar surge con el objetivo de proporcionar apoyo y psicoeducación a familiares y pacientes con TOC; múltiples informes sobre familias y el TOC en la década de 1970 se enfocaron en una visión sistémica más que en una perspectiva dinámica. Con los avances de la farmacoterapia y la terapia conductual, durante la década de 1980 la importancia de los factores psicosociales fue ensombrecida. A través de los años, el reconocimiento del impacto del TOC en la familia y del rol que ésta juega en la patogénesis y en el tratamiento del TOC han despertado mayor atención en la bibliografía sobre el tema.

Algunos investigadores documentaron que la mayoría de los miembros de la familia (60%) estaba “involucrada en alguna área de los rituales, con el miembro de la familia afectado”. Nuevamente, 90% de los miembros de la familia examinados por los mismos investigadores reconocieron que el TOC estaba interfiriendo en sus vidas. Es común que los miembros de la familia sientan su impotencia para poner límites. Los familiares de las personas con TOC frecuentemente sufren de la depresión y ansiedad, que se originan por la tensión y los sentimientos de desesperación que les generan los síntomas de este trastorno. El tratamiento generalmente se administra por separado: al paciente se le envía con un especialista, a los miembros de la familia con otros y a la familia como unidad con otro más: este tipo de intervención es costoso, no se da a los interesados tiempo suficiente y se llegan a generar conflictos clínicos si no existe una buena coordinación. Se ha comprobado que movilizar a la familia como un sistema de apoyo natural, resulta efectivo para facilitar la disminución de los síntomas del TOC. La modalidad de tratamiento del grupo familiar para el TOC es prometedora y un investigador encontró que puede ser tan eficaz como una terapia breve. Se ha desarrollado el tratamiento multifamiliar conductual para el TOC (MFBT) como un modelo que ofrece mayor orientación para el proceso del tratamiento y la rehabilitación del paciente y su familia.

Fundamento

El TOC rara vez deja de afectar la vida del sistema familiar. Frecuentemente, el sistema de apoyo social se limita directamente a los síntomas del paciente. Las diferencias maritales, el divorcio, la separación, el abuso de alcohol y un pobre desarrollo escolar son comúnmente el resultado de la tensión que el TOC produce en el paciente y en los miembros de la familia. En suma, el enojo, la culpa y el estigma social afectan a pacientes y familiares. No es extraño que los miembros de la familia se sientan culpables por el trastorno de su hijo o de su esposo. Los familiares temen que los traumas de la infancia o la adolescencia sean las causas del problema. El consejo de los amigos y familiares puede promover y reforzar los síntomas de culpa y vergüenza de la familia. Generalmente los familiares dicen que el paciente no está enfermo, que sólo atraviesa por una mala etapa o que lo están sugestionando y que una disciplina más estricta o una mayor atención al paciente son la solución para el problema. La familia duda de si lo prolongado de los rituales y la constante necesidad de conductas repetitivas son realmente parte de una enfermedad o si constituyen una actitud de rebeldía o una forma de llamar la atención y de controlar a quienes lo rodean. Los pacientes con TOC pueden tratar de ocultar sus rituales y pensamientos por vergüenza. Preocupados por las necesidades del paciente, los sentimientos de culpa y la carga que el trastorno conlleva, los miembros de la familia tienen que alejarse de su vida social y aislarse cada vez más.

Hallazgos de la investigación y bibliografía relevante

La investigación ha demostrado que los síntomas del TOC pueden producir una extensa involucración de la familia en los síntomas

Contenido

Tratamiento multifamiliar-conductual para el trastorno obsesivo compulsivo	55
Exposición televisiva y conducta agresiva durante la adolescencia y la adultez	56
Farmacogenómica, disposición, sitios de acción y efectos adversos de los medicamentos	57
Fenomenología del trastorno bipolar prepuberal y de la adolescencia temprana: Ejemplos de ánimo elevado, conductas de grandiosidad, disminución en la necesidad del dormir, taquipsiquia e hipersexualidad	59
Problemas conductuales relacionados con el uso de Internet	59

del paciente y que 88% de los miembros de la familia participan de alguna manera en los síntomas del TOC (esto es compatible con el 90% documentado por Shafran y cols. 1994). El alto grado de participación de la familia en los síntomas del paciente se correlacionó significativamente con la disfunción familiar y las actitudes negativas del enfermo.

Otras investigaciones clínicas han destacado que los síntomas del TOC tienen efectos adversos en el funcionamiento familiar. En un artículo se discuten los beneficios del grupo familiar como apoyo durante el proceso de tratamiento del TOC. Sin embargo, hasta la fecha, la mayoría de las investigaciones documentadas sobre tratamiento familiar para el TOC, no se han enfocado en el involucramiento de la familia en los síntomas ni en las tensiones asociadas con los gastos por el tratamiento. Así, los factores familiares podrían contribuir a la permanencia de los síntomas del TOC. Orientar y dirigir la intervención en este sentido podría ser de ayuda en la recuperación total del paciente.

Los grupos de apoyo como el psicoeducativo para pacientes y familiares pueden ofrecer una vía útil para que las familias aprendan acerca del TOC y disminuyan sus sentimientos de aislamiento. Los objetivos de estos grupos psicoeducativos, generalmente son mejorar la autoestima, compartir sentimientos y experiencias, aceptar las limitaciones reales del paciente y aprender estrategias para contender con los síntomas del TOC. En general, los participantes señalan hallarse satisfechos, pero no hay datos disponibles de los resultados en relación con los efectos del grupo en las variables familiares o en los síntomas del paciente.

Con respecto a la involucración familiar dirigida al tratamiento conductual, Hafner (1982) documentó varios casos en los cuales una pobre interacción marital parecía interferir con los beneficios del tratamiento conductual en pacientes externos con TOC. El notó que estos pacientes mostraban mejoría cuando los cónyuges participaban en el proceso del tratamiento conductual. Beneficios similares también se hicieron evidentes en estudios de caso de padres involucrados en el tratamiento conductual de sus hijos, niños, adolescentes o adultos. En informes sobre estudios de seguimiento, que incluyeron a miembros de la familia en el tratamiento conductual, se han encontrado resultados variados. En su informe, algunos autores enfatizaron la comunicación empática como un factor importante en la mejoría.

En la India, en una investigación se informó que al involucrar a los miembros de la familia en el tratamiento conductual de 30 pacientes, se obtuvo resultados importantes en la disminución de los síntomas del TOC y en la mejoría del estado de ánimo y del funcionamiento social y ocupacional de los pacientes, en comparación con aquellos sujetos que no asistieron al tratamiento. En un seguimiento, los pacientes que recibieron tratamiento familiar mostraron mejoría constante mientras que los pacientes tratados individualmente volvieron a presentar síntomas de TOC, baja del estado de ánimo, y del funcionamiento social y ocupacional, en comparación con aquellos que no asistieron al tratamiento. Los pacientes con miembros de la familia que no son ansiosos y son firmes tuvieron más éxito que aquellos quienes tenían ansiedad e inconsistencia. En concordancia con nuestro propio trabajo, la intervención en el grupo familiar nos ha permitido creer que ciertas estrategias especiales son necesarias para cambiar los estilos antagónicos o críticos de la comunicación.

En un programa de tratamiento intrahospitalario en Gran Bretaña, para pacientes con diferentes diagnósticos, incluido el de TOC, se instruyó a los familiares para que asistieran al programa de terapia. El componente familiar que se enfoca a entrenar a los familiares como monitores de la conducta del paciente y a fomentar la propia exposición a formas no críticas de interacción, se combinaron con la terapia conductual individual. Este programa

de tratamiento permitió mejorar el funcionamiento de los sujetos con 45% de disminución de los síntomas y 60 % de mejoría en el desempeño, en seis meses de seguimiento.

El Tratamiento Multifamiliar Conductual (MFBT) podría ser efectivo y eficaz utilizado alternativamente con el tratamiento individual para el TOC. Este tratamiento ofrece beneficios terapéuticos para la familia en el tratamiento grupal y proporciona un contexto no amenazante y una dirección familiar efectiva para manejar la involucración en los rituales.

Un estudio piloto reciente (N=19 pacientes) examinó los resultados de 10 a 12 sesiones de tratamiento multifamiliar conductual, en grupos de 6 a 8 familias, en los que se incluyó a los pacientes TOC y a sus esposos, padres, parientes y otras personas que mantenían contacto cotidiano con ellos (Van Noppen, Steketee, McCorkle y Pato, presentado para publicación).

El tratamiento incluyó psicoeducación sobre TOC, intercambio familiar de información acerca de los síntomas, implementación de estrategias, diseño de la exposición al grupo y respuestas preventivas, enseñanza de destrezas comunicacionales a los familiares a través de contratos conductuales y asignación de tareas para el hogar, tanto para pacientes como para familiares. Se obtuvieron resultados positivos en el seguimiento durante el tratamiento y un año después: En el Yale Browne las calificaciones mejoraron en un promedio de 9-10 puntos y 58% de los pacientes experimentaron una mejoría clínicamente significativa. También hubo mejorías significativas en la calificación del funcionamiento cotidiano, que se midió con el Inventario de Incapacidad de Sheehan. En suma, la mayoría de las evaluaciones de las escalas de funcionamiento familiar mostraron mejoría del post-test. Sin embargo este estudio requiere una réplica en otros centros, el tratamiento multifamiliar conductual parece bastante prometedor y podría ser una apropiada elección para algunos pacientes.

(Ma. Teresa López Jiménez)

Bibliografía

- LIVINGSTON VNB: Multifamily behavioral treatment for OCD, *Crisis Intervention*. 5(1-2):3-24, 1999.
BARBARA VN, STEKETEE G: Family responses and multifamily behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder. *Brief Treatment Crisis Intervention*, 3:2 verano 2003.

Exposición televisiva y conducta agresiva durante la adolescencia y la adultez

■ Los estudios realizados sobre conducta agresiva en niños ofrecen diversas vertientes, encaminadas al seguimiento de los factores relacionados con la agresividad infantil. Sin embargo, aquéllos enfocados a la relación de los niños con los medios de comunicación cobran mayor interés en el área de la investigación. Estos estudios aportan resultados para un mejor aprovechamiento de la tecnología a favor de la educación infantil, frente al crecimiento acelerado de los medios de comunicación. Si hablamos específicamente de la televisión, podemos afirmar que por ser el medio de comunicación con mayor alcance, se ha convertido en la compañía perfecta para los menores.

Existen múltiples proyectos desarrollados para investigar tanto los efectos (que probablemente sean una consecuencia de la

exposición prolongada a la televisión), que afectan en gran medida a la población infantil como la manera en que repercuten en su conducta; tomando en cuenta las horas que los menores dedican a permanecer frente al televisor.

Los siguientes resultados se publicaron en *Science*, en 2002 y dan cuenta de una investigación realizada en dos ciudades al noroeste del estado de Nueva York, en la que participaron 707 familias, distribuidas de la siguiente manera: 51% tenían hijos varones (360) y 49% (347) hijas mujeres.

En promedio, se transmiten tres de cinco actos violentos por hora estelar de televisión y de 20 a 25 actos violentos, en promedio, durante una hora de programación infantil. Estudios experimentales y longitudinales sobre el tema sostienen la siguiente hipótesis: la observación de la violencia televisiva está asociada con el incremento de las conductas agresivas posteriores.

Al respecto, se realizaron varios estudios para analizar el incremento de la agresión y la observación de la violencia en TV, pero pocos hicieron el seguimiento de los jóvenes por más de un año. Únicamente un estudio llevó a cabo sus investigaciones sobre la asociación entre lo observado en televisión durante la adolescencia y la conducta agresiva durante la adultez. Los resultados de este estudio indicaron que la preferencia por los programas televisivos violentos durante la adolescencia, pronosticaba agresividad durante la adolescencia tardía, cercana a la adultez.

El siguiente informe pertenece a esta investigación longitudinal llevada a cabo en una comunidad de Nueva York. Los datos de 1991-93 conciernen a la observación televisiva y los resultados del 2000 se refieren a la conducta agresiva. Se entrevistó a las familias participantes en 1975, 1983, 1985-86 y 1991-93. Los jóvenes del estudio se seleccionaron de forma aleatoria y se les aplicaron cuestionarios para calcular el rango de actos agresivos en el año 2000. La edad de los niños oscilaba entre uno y 10 años cuando se inició el estudio que duró 17 años. Se les hicieron varias entrevistas y también se analizaron los antecedentes penales, estatales y federales. La media de edad de los jóvenes fue de 5.8 en 1975, 13.8 en 1983, 16.2 en 1985-86, 22.1 en 1991-93 y 30.0 en 2000.

La edad y el sexo se asociaron significativamente con la conducta agresiva, pero no con el tiempo dedicado a ver la televisión. El hecho de ver televisión a la edad de 14 años estuvo asociado significativamente con los posteriores actos agresivos cometidos en contra de otras personas. Por otra parte, no se encontró asociación con el riesgo posterior de delitos en propiedades que incluían los incendios provocados, el vandalismo o el robo.

Aunque la prevalencia de los actos agresivos posteriores se incrementó en relación con la observación de la televisión, a una edad promedio de 14 años, entre ambos sexos, la asociación no llega a ser importante en las mujeres.

El ver televisión a la edad de 22 años se asoció con el riesgo de cometer delitos en propiedades, incluyendo incendios provocados, vandalismo o robos. La muestra de hombres de 22 años que veía televisión se vio asociada con asaltos posteriores o peleas que causaron lesiones. Las horas de exposición se dividieron de la siguiente manera: 1 hora por día, de 1 a 3 horas diarias y más de 3 horas diarias. En la muestra de mujeres que en promedio tenían la misma edad y que veían televisión, se encontró una asociación con asaltos, peleas que causaban lesiones, gusto al amenazar con dañar a otra persona y uso de arma de fuego para cometer algún crimen. Los resultados fueron significativamente diferentes en ambos sexos, y se presentó una mayor conducta delictiva en la muestra de mujeres de esta edad.

El equipo del doctor Johnson que dio seguimiento a la muestra

de 707 familias, señaló algunos factores relacionados con la costumbre de ver programas violentos en televisión. Los factores que se tomaron en cuenta fueron: el rechazo en la niñez, los ingresos familiares y el padecer algún trastorno psiquiátrico durante la adolescencia.

Los resultados indican que 5.7 por ciento de los adolescentes que veían televisión durante menos de una hora al día, agredieron a otras personas en años posteriores, en comparación con 22.5 por ciento de los que pasaban entre una y tres horas diarias frente al televisor.

Un 28.8 por ciento de los que veían televisión tres horas o más diariamente cometieron actos agresivos.

La proporción según el sexo, fue de 45 por ciento para los hombres y de 12.7 por ciento para las mujeres.

El doctor Johnson explicó que “El ser humano como un ser social que trata de hacer lo que otros hacen, tiende a imitar la conducta que ve en la televisión, especialmente si se percata de que esa gente obtiene recompensas por sus actos o se le considera como héroe. Asimismo la gente llega a habituarse a la violencia cuando ve muchos actos de esta índole, ya sea en la vida real o en la televisión. Se ha demostrado por medio de estudios que la observación de la violencia en los medios de comunicación conduce a la desensibilización”.

Es un hecho que los medios de comunicación han traído cambios en los hábitos y costumbres de nuestra sociedad y que específicamente el efecto de la exposición a la televisión seguirá siendo objeto de estudio. Llama la atención no sólo que los niños cometan actos violentos cuando llegan a la adolescencia con tan sólo pasar una hora frente al televisor, sino la visión de esta población infantil respecto al contenido de los programas que ven como entretenimiento y que forma parte de su rutina diaria.

Si bien en la investigación se llevó un seguimiento arduo de 17 años, aún hay que recorrer un camino interminable que se prolonga con el acelerado desarrollo de esta tecnología. La exploración de los efectos en la población como resultado de la exposición televisiva, los contenidos aprendidos, la imitación de conductas, y los factores que desarrollan el vínculo entre la violencia y la televisión, seguirán abordándose con diversas metodologías que permitan entender el proceso entre televisor y televidente.

(Rosario Martínez Martínez)

Bibliografía

JOHNSON JEFFREY G y cols. Televisión Beijing and aggressive behavior during adolescent and adulthood. *Science*, 295:2468-2471, 2002.

Farmacogenómica, disposición, sitios de acción y efectos adversos de los medicamentos

■ La respuesta a los medicamentos varía ampliamente entre los individuos, se estima que la genética influye en la variabilidad de tal respuesta con un porcentaje que va desde 20 a 95 %.

Aunque la diferencia en la respuesta a los medicamentos entre los individuos también puede darse por factores no genéticos

(edad, terapia concomitante, interacciones farmacológicas), hay muchos ejemplos de casos en los que las diferencias interindividuales se deben a las variantes en la secuencia de los genes que codifican las enzimas que metabolizan los medicamentos, los transportadores de medicamentos y los receptores, entre otros.

La farmacogenómica usa el genoma humano para hallar las causas por las que los individuos responden en forma diferente a los medicamentos.

Los determinantes poligénicos de los efectos de los medicamentos han cobrado particular importancia en la farmacogenómica debido a que el efecto de un fármaco se da por la relación entre algunos productos genéticos que influyen en la farmacodinámica y la farmacocinética de los medicamentos.

Esta revisión se centra en las consecuencias terapéuticas de las diferencias hereditarias en la disposición y en los sitios de acción de los medicamentos.

Hay más de 30 familias de enzimas que metabolizan las drogas, todas con variantes genéticas que influyen en los cambios funcionales de las proteínas que codifican. Un ejemplo que muestra el efecto multigénico lo encontramos en el citocromo P-450. Cerca de 75 % de las personas de raza blanca y 50 % de las personas de raza negra no tienen la capacidad para expresar funcionalmente la subfamilia 3A5; esta situación no parece ser relevante clínicamente debido a que la subfamilia 3A4 tiene la capacidad de metabolizar también los medicamentos de la 3A5.

Para los medicamentos que son igualmente metabolizados por ambas enzimas la tasa de metabolismo es la suma de lo metabolizado tanto por la subfamilia 3A4 como por la 3A5. La existencia de esta vía dual cambia el significado clínico de las variaciones genéticas en el polimorfismo del citocromo 3A5, pero contribuye en forma importante a la actividad total de la familia de citocromo 3A.

La B-Glicoproteína es un receptor de membrana que pertenece a la familia de proteínas de membrana ligadas al ATP; su función es mediar el flujo de algunos sustratos de la célula (bilirrubina, drogas anticancer, glucósidos cardiacos, entre otros) y es codificada por el gen ABCB1 (también llamado MDR1).

Un polimorfismo sinónimo (que no cambia el aminoácido) en el exón 26 se encuentra asociado con una expresión variable de este receptor en el duodeno. Pacientes homocigotos para el alelo T expresan menos de la mitad de la proteína que los pacientes con alelo CC, esto se refleja en los niveles de flujo de los sustratos blanco: por ejemplo, se ha encontrado mayor biodisponibilidad de los glucósidos cardiacos en individuos con el genotipo TT.

Se realizó un estudio en pacientes infectados con VIH para encontrar la asociación entre el resultado del tratamiento y las variantes genéticas en las familias de citocromos: CYP3A4, CYP3A5, CYP2D6, CYP2C19, además del gen para el receptor de las citoquinas CCR5 y el gen ABCB1. El polimorfismo ABCB1 3435C-T se asoció con diferencias plasmáticas en la farmacocinética de los medicamentos nelfinavir y efavirenz. A su vez, la recuperación del conteo de linfocitos CD4 fue más rápida y en mayor cantidad en aquéllos que tenían el genotipo TT.

Aunque no se conoce el mecanismo que explica estos hallazgos, el valor que tiene podría ser el predecir la respuesta clínica (en este caso la inmune) de un paciente a la terapia antiretroviral aun antes de haberla administrado. Esto le permitiría al clínico planear el mejor esquema de tratamiento para cada caso individual a partir del conocimiento de sus polimorfismos genéticos.

La variación genética en los sitios de acción de los medicamentos puede tener un profundo efecto en la eficacia de

dichos medicamentos; un ejemplo podría ser la enzima convertidora de angiotensina la cual cambia el efecto renoprotector de los ECA inhibidores, dependiendo de las variantes genéticas.

Las diferencias genéticas también pueden tener un efecto indirecto en la respuesta de los medicamentos, la cual no se relaciona con cambios en el metabolismo o el transporte.

Los B-receptores (Codificados por el gen ADRB2) son otro ejemplo de la relación entre los polimorfismos genéticos en los receptores y la respuesta clínica a los medicamentos.

Los polimorfismos genéticos pueden alterar los procesos de transducción de señal por estos receptores. Se han encontrado tres variaciones en los polimorfismos que han sido asociadas con una expresión alterada o con una regulación a la baja en la respuesta de los receptores a los B-agonistas.

Se han identificado polimorfismos en genes que codifican proteínas (que ni son blancos directos ni están involucradas en el proceso de acción de la droga) que han mostrado que alteran la respuesta en diferentes situaciones. Por ejemplo, en algunas mujeres que toman anticonceptivos orales el hecho de tener variaciones genéticas en los factores de coagulación puede hacerlas más susceptibles de sufrir alteraciones tromboembólicas.

Las variaciones genéticas en los transportadores celulares de iones también pueden tener un papel indirecto en predisponer a los pacientes a los efectos tóxicos de las drogas. Por ejemplo, las variaciones genéticas en el transportador de la bomba de sodio potasio ATPasa pueden alterar el resultado en pacientes que usen medicamentos que alteren el intervalo Q-T, predisponiéndoles a mayor riesgo de arritmias.

Un polimorfismo genético en el gen de la apolipoproteína E (APOE) parece tener un papel importante en la predicción de la respuesta de los medicamentos utilizados para la enfermedad de Alzheimer así como para los hipolipemiantes.

En un estudio de tratamiento con tacrina para la enfermedad de Alzheimer, 83 % de los pacientes que no tenían ningún alelo de la APOE 4 mostró mejoría en la respuesta cognoscitiva después de 30 semanas, comparado con 40 % de los pacientes que tenían al menos un alelo de la APOE4.

Las bases moleculares para una asociación entre el genotipo de la apolipoproteína y la eficacia de la tacrina no han sido elucidados, pero se ha postulado que el genotipo de la APOE4 podría tener un efecto en la disfunción colinérgica de la enfermedad que no responde al tratamiento con inhibidores de la acetilcolinesterasa como la tacrina.

Es promisorio el campo de acción que se abre para la farmacogenómica; esta disciplina tendrá las herramientas para que el médico seleccione los medicamentos y las dosis de los mismos para cada paciente, en forma individualizada.

Será posible colectar una única muestra de sangre de un paciente, someter su genotipo a un análisis y medir aquellos determinantes de interés y sus efectos. En opinión de los autores esto será de un importante valor clínico si los resultados son documentados e interpretados de acuerdo con el diagnóstico del paciente y las opciones de tratamiento recomendadas.

Se espera que en el futuro se logren encontrar los determinantes poligénicos de la respuesta a la droga.

(John Díaz)

Bibliografía

EVANS WE, PHARM D, MCLEOD H: Pharmacogenomics –drug disposition, drug targets, and side effects. *The New England of Medicine*. 348(6):538-549, 2003.

Fenomenología del trastorno bipolar prepuberal y de la adolescencia temprana: Ejemplos de ánimo elevado, conductas de grandiosidad, disminución en la necesidad del dormir, taquipsiquia e hipersexualidad

■ Actualmente tanto el diagnóstico clínico como las investigaciones sobre el trastorno bipolar (TBP) infantil, son controversiales. A diferencia del TBP de inicio en la adolescencia tardía y la adultez, en el cual la equizofrenia es uno de los principales diagnósticos diferenciales, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es el principal diagnóstico diferencial en los sujetos prepuberales y adolescentes jóvenes con TBP. Este problema diagnóstico, específico de la edad infantil proviene de la prevalencia muy alta del TDAH comórbido entre los sujetos con TBP infantil y del traslape de ciertos criterios para manía y TDAH, según el DSM-IV. Los autores de este artículo definen al fenotipo prepuberal y adolescente temprano del trastorno bipolar (FPAT-TBP), por un episodio actual de manía/hipomanía según el DSM-IV y considerando a la grandiosidad y/o júbilo como uno de los criterios de inclusión. El FPAT-TBP se ha validado mediante una evaluación confiable, una estabilidad de seis meses, y el pronóstico clínico al año y a los 2 años.

Las manifestaciones de los criterios de manía según el DSM-IV en adultos, se han aceptado ampliamente por varias décadas, aunque esto incluya conductas que no ocurren en la etapa prepuberal y de la adolescencia temprana.

Para investigar las manifestaciones pediátricas de los trastornos bipolares, Geller y cols. desarrollaron un instrumento específico para la investigación y evaluación de los síntomas del FPAT-TBP. El WASH-U-KSADS es un instrumento que tiene una excelente confiabilidad y ha sido validado frente a los informes de padres y maestros; se ha usado en la gran mayoría de los estudios apoyados por el NIMH, sobre el TBP infantil. Su amplio uso apoya el consenso cada vez mayor sobre la existencia de la manía infantil y su utilidad en la evaluación de la misma.

En este estudio se evaluaron 268 participantes (98 con un FPAT-TBP, 81 con TDAH, y 94 controles comunitarios normales). Los cinco síntomas de manía según el DSM que seleccionaron fueron: Animo eufórico, grandiosidad, disminución en la necesidad del dormir, taquipsiquia e hipersexualidad, que se eligieron debido a que fueron excelentes discriminadores entre los sujetos con FPAT-TBP y con TDAH. Los síntomas del DSM-IV en el WASH-U-KSADS se evaluaron tomando en cuenta numerosos factores relevantes: frecuencia, duración, contexto, intensidad, deterioro funcional, ocurrencia en múltiples escenarios, notificado por compañeros y adultos. Asimismo, se administraron guías para la diferenciación entre el júbilo y la grandiosidad normales y aquellas formas que presenta un

deterioro en su función. Para la diferenciación entre la euforia normal y la euforia maníaca patológica, se consideró respecto a esta última que el ánimo elevado debería ser inapropiado para el contexto y deteriorante para la función. De manera similar se consideraba como grandiosidad patológica, aquélla que era inapropiada para el contexto y deteriorante funcionalmente.

El reconocimiento de los síntomas maníacos que no se traslapan con aquellos del TDAH puede ser útil para evitar tanto el sub como el sobre diagnóstico del TBP infantil. El sobre diagnóstico puede estar ocurriendo debido al diagnóstico diferencial complejo de irritabilidad en el niño. Biederman y cols. notaron que la irritabilidad fue el síntoma más común en la manía infantil. Algunas personas pueden haber malinterpretado “más común” como sinónimo de que la irritabilidad fue el síntoma patognomónico de manía. Aunque solamente un porcentaje muy pequeño de niños con irritabilidad tendrá manía, la irritabilidad es también un síntoma muy frecuente y una razón muy común para la referencia clínica de los niños con numerosos trastornos psiquiátricos. Es también útil el estar atento al hecho de que la irritabilidad y el júbilo son muy frecuentes tanto en niños como en adultos con TBP. El subdiagnóstico puede ocurrir si la manía no se considera en el diagnóstico diferencial de los niños que tienen TDAH. El conocimiento de los ejemplos de los equivalentes pediátricos de las manifestaciones del adulto con manía, puede ayudar a los médicos y a los investigadores en el diagnóstico diferencial de irritabilidad y de TDAH y de esta forma evitar el sobre y sub diagnóstico de la manía infantil.

(Lino Palacios Cruz)

Bibliografía

GELLER B, ZIMERMANN B, BERINGER L y cols.: Phenomenology of prepuberal 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.

Problemas conductuales relacionados con el uso de Internet

■ Actualmente, el Internet se ha promocionado como una fuente de comercio y de entretenimiento. Se trata de una tecnología que está teniendo un impacto radical en el modo de vida del sujeto, ya que debido a su alto nivel de accesibilidad y a una inmensa oferta de servicios disponibles en la red ha hecho que se empiecen a valorar algunos de los efectos que está produciendo en las conductas de los usuarios; es así que se puede hablar de un alto riesgo de sobreuso que en algunas personas se ha descrito como “compulsivo” e incluso “adictivo”.

En España, según los datos aportados por el Estudio General de Medios (EGM 2001), el número de usuarios de Internet ha pasado de 1.7 millones en 1998 a 7.08 millones a mediados de 2001, con 20.5% de hogares conectados a la red y una expectativa de crecimiento mayor en los próximos años.

En cuanto a los efectos que puede producir el uso constante de Internet, éstos dependen de la capacidad del individuo para controlar su utilización, ya que el exceso puede causar malestar psicológico y afectación funcional, que se ha descrito en la

literatura psicológica como adicción a Internet o uso patológico de Internet, con base en los criterios del DSM-IV para definir la dependencia a sustancias y el juego patológico, que ha dado lugar al concepto de *Internet Addiction Disorder* (IAD).

Un estudio realizado en 1996 ofrece una serie de criterios adoptados del DSM-IV que sustituyen el término “sustancia o juego patológico” por la palabra “Internet”; así los criterios adoptados incluyen síntomas como: 1) tolerancia (por ejemplo, necesidad de emplear más tiempo en la conexión a la red para alcanzar el mismo nivel de satisfacción); 2) síntomas de abstinencia cuando no están conectados (por ejemplo, ansiedad, pensamientos obsesivos sobre lo que está ocurriendo en Internet); 3) deseo intenso de acceder a Internet más a menudo y por más tiempo; y 4) consecuencias negativas para la vida, como la pérdida del trabajo, problemas económicos, problemas con la pareja y en las relaciones familiares. A estos criterios se han añadido la posible presencia de cambios en el estado de ánimo cuando empieza la actividad, así como el experimentar inquietud e irritabilidad cuando no se está conectado o se es interrumpido durante la conexión, y la aparición de recaídas después de hacer intentos por interrumpir o controlar la frecuencia de acceso a la red.

De acuerdo con lo anterior, el uso problemático o patológico de la red podría estar relacionado con los trastornos del control de los impulsos o los comportamientos compulsivos y obsesivos. Por lo tanto la traslación de criterios diagnósticos al estudio de las conductas relacionadas con el uso patológico de la red sería lícita, además de que el uso de Internet de manera patológica – como se ha mencionado anteriormente– puede tener relación con la depresión.

En una investigación realizada a través de una página web, se halló que los sujetos que hacían un uso patológico de la red presentaban signos de depresión leve o moderada, valorados a partir del inventario de depresión de Beck.

Con esto se ha demostrado que 86% de los sujetos responde que siente un gran impulso de estar ‘on line’ cuando lleva cierto tiempo sin acceder a la red; 92% dice que el mundo sería aburrido y vacío sin Internet, 77% manifiesta que tiene fantasías diurnas sobre el uso de Internet, 81% afirma ponerse extremadamente nervioso si la conexión con la red es lenta, 43% reconoce que experimenta un estado de ánimo depresivo y sentimientos de culpa después de un uso prolongado de Internet, y finalmente 71% informa que manifiesta conductas agresivas cuando se ve obligado a interrumpir el uso de la red por causa de otras personas.

Por otro lado, los resultados obtenidos en la última encuesta realizada por la Asociación para la Investigación de los Medios de Comunicación (AIMC, 2001) informan que 25% de las 43,942 personas que respondieron a la encuesta reconoce que ha disminuido el tiempo que dedicaba a dormir; 13.8% ha reducido el tiempo dedicado al estudio, 10.1% el tiempo dedicado a salir con los amigos, y 6.1% dice que el uso de Internet ha acortado su tiempo laboral.

El carácter marcadamente lúdico del uso de Internet se pone de manifiesto todavía más al señalarse en este informe que 65% de los respondedores reconoce que las conexiones a la red han hecho disminuir el tiempo que dedicaban a ver televisión, y 58.3% dice que la red ha llenado un tiempo vacío dedicado al ocio. Otro dato significativo es que sólo 9.5% de los usuarios respondedores utiliza Internet con finalidades académicas; del resto, 39.1% lo utiliza con fines profesionales o laborales y 50.2% con fines personales. De ahí que se han diferenciado tres subgrupos de usuarios dependientes de la red: a) usuarios que se conectan con la finalidad de establecer relaciones sociales, es decir, aquéllos a los que el entorno social no les ofrece inter-

acciones sociales suficientemente enriquecedoras, además de que establecen relaciones inmediatas y aparentemente sólidas basadas en el anonimato que facilitan la desinhibición, b) personas que buscan contactos sexuales virtuales, es decir que el ‘cibersexo’ es atractivo ya que se establecen conversaciones de contenido sexual entre uno o varios usuarios, intercambiando fotos y/o videos como único medio de obtener satisfacción sexual sin ningún riesgo, y c) la posibilidad de inventar aspectos de su personalidad que no pueden revelarse en el mundo real, por ejemplo, un individuo sexualmente inhibido y poco sociable puede revelarse en la red como sexualmente extravertido y sociable.

Por otro lado, la red permite el acceso electrónico al objeto del cual se es adicto y enumera otros factores que considera potencialmente atractivos, como la propia interacción con el ordenador, el propio medio de comunicación, la ausencia de interacción cara a cara, la información a la que se puede acceder y las actividades disponibles.

Finalmente se concluye que la adicción a Internet efectivamente existe, y que aunque el Internet no es adictivo por sí mismo, la naturaleza interactiva de determinados servicios sí puede ser adictiva o dar origen a otras adicciones psicológicas, por ejemplo, como en el caso de los cibercasinos y de la adicción al sexo patológico las páginas de pornografía. En cambio, los accesos a portales o servidores de información no serían determinantes en la dependencia a Internet.

(Salomé Andrade Dávila)

Bibliografía

GRACIELA M DE, VIGO M, FERNANDEZ MJ, MARCO M: Problemas conductuales relacionados con el uso de Internet: Un estudio exploratorio. Universidad de Murcia, España. *Anales de Psicología*, 18(2):273-292, 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.

