



SALME 13

REVISTA DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL | Enero-dic 2020

Dossier SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

ARTÍCULO ESPECIAL

Trastorno bipolar pediátrico:
una entidad de reto diagnóstico

Jornadas SALME 2020
Resultados, oportunidades
y desafíos de su realización
en la pandemia por COVID-19

Eduardo Mejorada
OBRA PLÁSTICA



Salud



El portafolio más completo para el tratamiento de **TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

Alzam
alprazolam

el regreso a la calma



0.25, 0.5, 1 y 2 mg
con 30 tabletas



0.25 y 0.5 mg
con 60 tabletas



0.25 y 0.5 mg
con 90 tabletas

Tabletas
Birraturadas



Kriadex
clonazepam

El **TRATAMIENTO EFECTIVO**
contra la **ANSIEDAD**

NUEVA PRESENTACIÓN
20 mL



Tabletas Birraturadas

Lozam
Lorazepam

TRANQUILIDAD CON **RAPIDEZ**



Ortopsiq
diazepam

un clásico
de grandes
beneficios

- 5 mg caja con 30 tabletas
- 10 mg caja con 20 tabletas
- 10 mg / 2 ml caja con 5 ampollitas



BIRRATURADAS



Con **Otedram**
Bromazepam



revele lo mejor
de sus pacientes

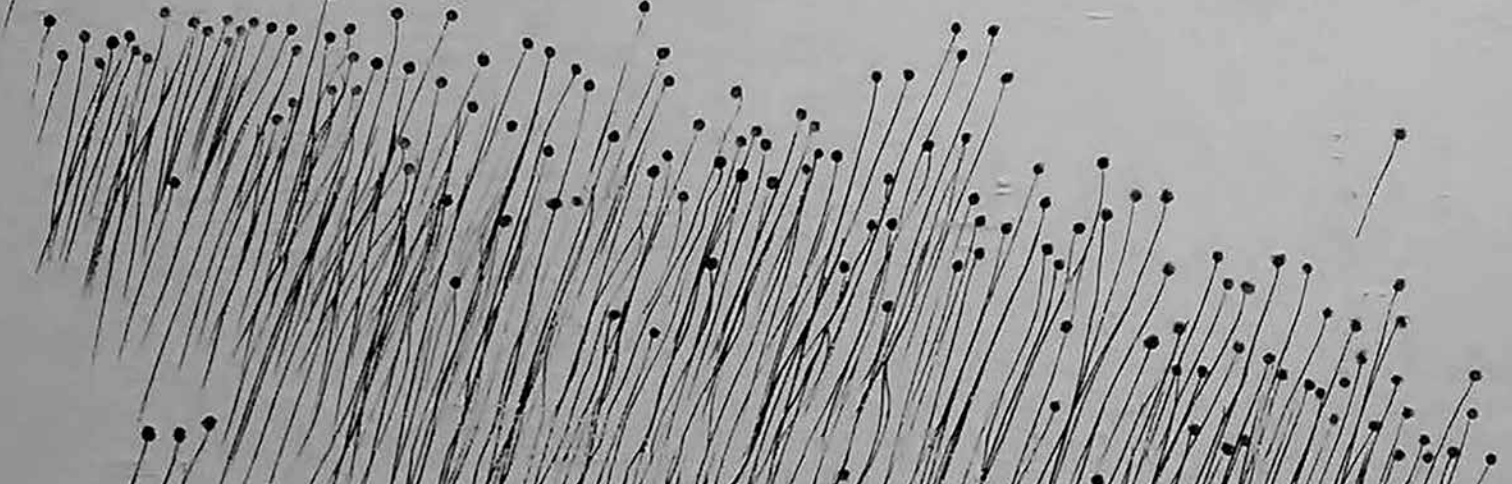
psicofarma
Al servicio de la salud mental



Caja con
30 y 60 Tablet de

3 mg

www.contigoenmente.com



EDITORIAL

Pese al enorme reto que ha representado el 2020 para toda la humanidad, en especial para los que integramos los sistemas de salud, hemos decidido publicar nuestro número programado de nuestra revista SALME. Se había decidido muchos meses atrás que se dedicaría a los problemas de salud mental relacionados con el consumo de sustancias. Pese a todo, no podíamos postergarlo. El panorama inquietante del consumo global, el ASSIST como método de evaluación para estas personas, una sintética monografía sobre la metanfetamina cristal y las pautas de manejo desde las perspectivas psicoterapéuticas actuales, ya estaban en proceso y sentimos que era un deber poner este valioso material a disposición de los profesionales de la salud de nuestro estado. Autores de la talla del Dr. Mario González y del Dr. Rodrigo Marín, expertos en el tema a nivel nacional, colaboraron en este número en conjunto con profesionales de nuestro estado como la Dra. Ana Victoria Chávez, El Dr. Israel Itzaman Jiménez y la Mtra. Lorena Nayeli Pérez para conformar un número equilibrado y atractivo. Y como es costumbre, lo mejor de la plástica jalisciense se hace presente. En esta ocasión nos honra la presencia de uno de los grandes del arte abstracto de Jalisco: Eduardo Mejorada. Esperemos que esta revista despierte el entusiasmo de nuestros potenciales lectores, tanto como despertó el nuestro al ofrecerla a cada uno de ustedes.

Dr. Francisco Javier Ramírez Barreto
DIRECTOR INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL

CONTENIDO

1 Editorial

- 3** Panorámica global del consumo de drogas, nuevos retos y desafíos: el Plan Colombo como gran alternativa
DRA. BLANCA ELISA REAL PEÑA
MTRA. BLANCA GABRIELA LÓPEZ MACIEL
- 11** El consumo de metanfetamina “cristal” en México, sus posibles implicaciones y abordaje
DR. MARIO GONZÁLEZ ZABALA
- 23** Características e implementación de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) de la Organización Mundial de la Salud
DRA. ANA VICTORIA CHÁVEZ SÁNCHEZ
DR. ISRAEL ITZAMAN JIMÉNEZ NAVARRO
DR. OCTAVIO ROMÁN ELÍAS GARCÍA
DR. BRUNO ALFONSO COLLAZOS IRIARTE
- 37** Precisión diagnóstica del SCL-90 para trastornos ansiosos en consumidores de sustancias de abuso
LUIS VILLALOBOS-GALLEGOS
RODRIGO MARÍN NAVARRETE
- 43** Estrategias terapéuticas para el tratamiento del comportamiento adictivo desde el Modelo ACT y *Mindfulness*
MTRA. LORENA NAYELI PÉREZ SIORDIA
-
- 53** ARTÍCULO ESPECIAL
Trastorno bipolar pediátrico: una entidad de reto diagnóstico
BALTÁZAR VARELAS BLANCO
ÉRIKA PATRICIA LÓPEZ
-
- 61** Jornadas SALME 2020: Resultados, oportunidades y desafíos de su realización en la pandemia por COVID-19
DR. JESÚS ALEJANDRO ALDANA LÓPEZ

Arte

- 67** EDUARDO MEJORADA
Etéreo



Jalisco

GOBIERNO DEL ESTADO

Enrique Alfaro Ramírez
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL
DEL ESTADO DE JALISCO

Dr. Fernando Petersen Aranguren
SECRETARIO DE SALUD

Dr. Gregorio Ramos Robles Gil
SECRETARIO PARTICULAR

Dra. Ana Gabriela Mena Rodríguez
DIRECTORA GENERAL DE PREVENCIÓN
Y PROMOCIÓN A LA SALUD

Dr. Arturo Múzquiz Peña
DIRECTOR GENERAL DE PLANEACIÓN
Y EVALUACIÓN SECTORIAL

Ana Lilia Mosqueda González
DIRECTORA GENERAL
DE REINGENIERÍA ADMINISTRATIVA

Lic. María Abril Ortiz Gómez
DIRECTORA GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS
ESTUDIOS LEGISLATIVOS Y TRANSPARENCIA

Lic. María Teresa Brito Serrano
CONTRALORA GENERAL

Lic. Maricarmen Rello Velázquez
DIRECTORA DE COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL



SALME

Instituto Jalisciense
de Salud Mental

**DIRECTORIO DEL INSTITUTO
JALISCIENSE DE SALUD MENTAL**

Dr. Francisco Javier Ramírez Barreto
DIRECTOR DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD
MENTAL (SALME)

Lic. Juan Ramón de la Cruz Torres
JEFE DEL DESPACHO DE LA DIRECCIÓN

Mtra. Imelda Barajas Maldonado
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Lic. Fernando Pérez Núñez
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN

Dr. Jesús Alejandro Aldana López
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Dr. Rafael Medina Dávalos
DIRECTOR CAISAME ESTANCIA PROLONGADA

Dr. J. Jesús Terrones
E.D.D. DIRECCIÓN CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL
EN SALUD MENTAL DE ESTANCIA BREVE

Dr. Rafael Medina Dávalos
EDITOR

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. César González González
Dr. Jesús Alejandro Aldana López
Dr. Jaime Carmona Huerta
Dr. Rodrigo Antuan Durán Gutiérrez

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Lorena Genoveva Hernández Muñoz
Dr. Víctor Hugo Ramírez Siordia
Dr. Francisco Armando Rodríguez Álvarez

Panorámica global del consumo de drogas, nuevos retos y desafíos: el Plan Colombo como gran alternativa

Dra. Blanca Elisa Real Peña ¹

Mtra. Blanca Gabriela López Maciel ²

El consumo de drogas a nivel mundial evoluciona y se modifica de acuerdo a múltiples factores económicos, socioculturales, políticos, de salud y legales. Existe un constante cambio en los patrones de consumo en la diversas culturas y regiones, motivo por el cual es fundamental conocer la panorámica general para la elaboración de políticas públicas, planes de abordaje, estrategias de intervención y tratamientos integrales.

El Informe Mundial de Drogas 2019 reporta aspectos de suma relevancia, da a conocer problemáticas nuevas y arroja datos duros que ayudan a conformar una visión global de los desafíos a enfrentar, por ejemplo:

- El número de personas que consumen drogas ha aumentado en un 30% con respecto a 2009.

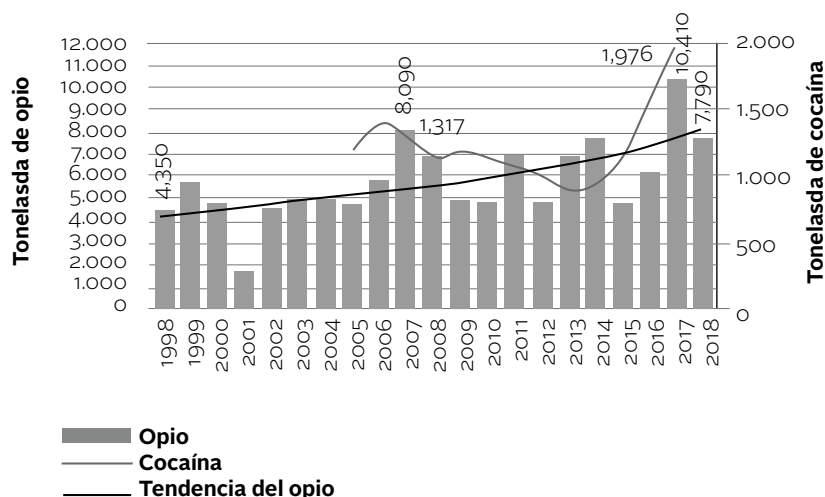
En 2017, unos 271 millones de personas, es decir, el 5.5% de la población mundial de 15 a 64 años de edad, había consumido drogas el año anterior. En la actualidad ha aumentado en un 30% con respecto a 2009, en que 210 millones de personas las habían consumido.

- La droga ilegal que más se consume en todo el mundo sigue siendo el cannabis.

Se estima que 188 millones de personas consumieron cannabis el año anterior. En los últimos diez años la prevalencia del consumo del cannabis se ha mantenido estable a nivel mundial, pese a la tendencia al alza registrada en América y en Asia.

¹ SALME. Subdirectora Médica, CAISAME EP

² CECAJ. Coordinadora CAPA, Tlaquepaque

Figura 1. Producción mundial de opio y fabricación de cocaína, 1998-2018

- Nuevos estudios realizados en la India y en Nigeria apuntan que el número de consumidores de opioides y de personas que padecen trastornos por consumo de drogas en todo el mundo son mucho más elevados de lo que se creía.

En 2017, unos 53.4 millones de personas en todo el mundo habían consumido opioides el año anterior, un 56% más que en 2016.

El aumento de las estimaciones en 2017 obedece a que se conoce mejor la magnitud del consumo gracias a los nuevos estudios realizados en dos países muy poblados: la India y Nigeria.

A la luz de la nueva información, el número de personas que se cree que padecen trastornos por consumo de sustancias se estima en la actualidad en 35.3 millones. Esa cifra es un 15% mayor que las estimaciones anteriores de 30.5 millones. El término “personas con trastornos por consumo de sustancias” designa a las personas que hacen un consumo nocivo hasta el extremo de experimentar dependencia de las drogas o necesitar tratamiento.

- La producción y las incautaciones de cocaína alcanzan cifras récord.

La fabricación ilícita mundial de cocaína alcanzó un máximo histórico de 1,976 toneladas en 2017, lo cual supuso un aumento del 25% con respecto al año anterior. Esto se debió principalmente a la alza en la fabricación de cocaína en Colombia, donde, según las estimaciones, se produjo aproximadamente el 70% de la cocaína mundial.

En 2017, Colombia experimentó una expansión del 17% de la superficie dedicada al cultivo de arbusto de coca, y un aumento del 31% de la producción de coca.

La cantidad de cocaína incautada en todo el mundo aumentó a 1,275 toneladas en 2017, que es la mayor cantidad que se haya registrado nunca y que supone un aumento del 13% con respecto al año anterior. En el último decenio las incautaciones de cocaína han aumentado en un 74%, pero la producción sólo lo ha hecho en un 50%.

En general, las incautaciones indican que la cantidad de cocaína disponible para el consumo ha aumentado más lentamente que la fabricación. De esto se desprende

que, a nivel mundial, la actuación de las fuerzas del orden y la cooperación internacional se han vuelto probablemente más eficaces y que se está incautando una proporción de productos de la cocaína mayor que en años anteriores.

El grueso de las incautaciones de cocaína se sitúa en América, donde en 2017 se concentró casi el 90% del total mundial. Las incautaciones próximas al lugar de fabricación son cuantiosas; solamente en Colombia se incautó el 38% del total mundial en 2017.

- Asia Sudoriental despunta como el mercado de la metanfetamina que más rápido está creciendo en el mundo.

Las cantidades de metanfetamina incautadas en Asia Oriental y Sudoriental se octuplicaron con creces entre 2007 y 2017 hasta alcanzar la cifra de 82 toneladas, que representa el 45% de las incautaciones mundiales.

En 2018 se comunicó la incautación de unos 745 millones de comprimidos de metanfetamina en Asia Oriental y Sudoriental, de los cuales 515 millones se incautaron en Tailandia. La fabricación y el tráfico de metanfetamina han experimentado recientemente un desplazamiento geográfico de China a otros países de la subregión.

- La probabilidad de daños por consumo de metanfetamina va en aumento en América del Norte.

América del Norte es la subregión con mayor prevalencia del consumo de anfetaminas (anfetamina y metanfetamina): el 2.1% de la población de 15 a 64 años. Si bien el consumo con fines no médicos de fármacos estimulantes es más prevalente en América del Norte, un número considerable de personas también consume metanfetamina.

Las personas que consumen metanfetamina tienden a hacerlo con más frecuencia e intensidad que quienes hacen un uso indebido de los fármacos estimulantes, y las consecuencias que sufren pueden llegar a ser más graves. Por ejemplo, el número de muertes por sobredosis que se atribuyen al consumo de psicoestimulantes, incluida la metanfetamina, se ha incrementado notablemente en los Estados Unidos, de 1,300 casos en 2007 a más de 10,000 en 2017.

- La crisis de las sobredosis por opioides sintéticos en América del Norte alcanzó nuevas cifras en 2017.

América del Norte ha presenciado un aumento del número de muertes por sobredosis provocadas por el consumo de opioides. En 2017 se registraron en los Estados Unidos más de 47,000 defunciones por sobredosis de opioides, lo que constituye un aumento del 13% con respecto al año anterior. Esas muertes se atribuyeron principalmente a los opioides sintéticos, como el fentanilo y sus análogos, que intervinieron en un 50% más de las muertes con respecto a 2016.

En Canadá se registraron casi 4,000 muertes relacionadas con los opioides en 2017, un aumento del 33% con respecto a las 3,000 muertes por sobredosis comunicadas en 2016. El fentanilo o sus análogos intervinieron en el 69% de las muertes reportadas en 2017, frente al 50% de 2016.

- Tramadol: la otra crisis de los opioides en los países de ingresos bajos y medianos.

África Occidental, Central y Septentrional están experimentando una crisis provocada por otro opioide sintético: el tramadol, utilizado como analgésico durante décadas.

Figura 2. La hepatitis C y los trastornos por consumo de opioides son responsables de la mayoría de las muertes y discapacidades atribuidas al consumo de drogas



Fuentes: Institute for Health Metrics and Evaluation, "Global Burden of Disease Study 2017", Global Health Data Exchange.

6

Las incautaciones mundiales de tramadol pasaron de menos de 10 kg en 2010 a casi nueve toneladas en 2013, y en 2017 alcanzaron un máximo histórico de 125 toneladas. Los nuevos datos procedentes de Nigeria parecen indicar que el problema es mayor de lo que se suponía. El estudio nacional sobre drogas realizado en ese país en 2017 muestra que el 4.7% de la población de 15 a 64 años comunicó haber consumido opioides sujetos a prescripción médica con fines no médicos en el año anterior; el tramadol fue, de manera significativa el opioide del que más comúnmente se hacía un uso indebido.

- Rápido aumento del número de nuevas sustancias psicoactivas (opioides sintéticos) que aparecen en los mercados.

El número de nuevas sustancias psicoactivas que son opioides sintéticos, mayormente análogos del fentanilo, de las que hay constancia en el mercado ha venido aumentando a un ritmo sin precedentes: de tan solo una sustancia en 2009 se pasó a 15 en 2015 y a 46 en 2017, mientras que el número total de nuevas

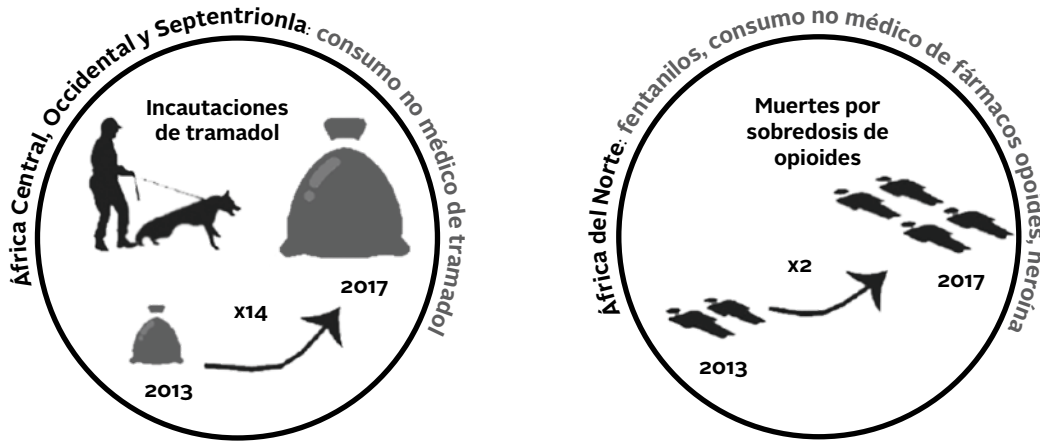
sustancias psicoactivas presentes en el mercado se estabilizó en torno a 500 por año en el periodo 2015-2017.

- La heroína sigue llegando al mercado pese al declive de la producción de opio y al aumento de las incautaciones.

Afganistán volvió a ser el país responsable de la gran mayoría del cultivo ilícito mundial de adormidera y la producción de opio en 2018. Las 263,000 hectáreas cultivadas en Afganistán en 2018 eclipsan el cultivo en los países que le siguen más de cerca: Myanmar (37,300 ha en 2018) y México (30,600 ha en 2016/17).

En general, la superficie total cultivada se redujo en aproximadamente 17% en 2018 a 346,000 hectáreas, mayormente a consecuencia de la sequía que afectó a Afganistán. Asimismo, los precios del opio se desplomaron rápidamente en ese país entre 2016 y 2018, probablemente a causa de la sobreproducción de los años anteriores, lo que hizo que ese cultivo fuese menos lucrativo para los campesinos. No obstante, la extensión actual de la superficie cultivada es más de un 60% mayor de lo que era hace diez años y la

Figura 3. Crisis mundial de los opioides



estimación de la superficie de cultivo en Afganistán correspondiente a 2018 es la segunda mayor de la historia.

Las cantidades de opiáceos incautados en todo el mundo volvieron a alcanzar un máximo histórico en 2017. Se incautaron unas 693 toneladas de opio, un 5% más que en el año anterior. Se decomisaron además 103 toneladas de heroína y 87 de morfina, un 13% y un 33% más que en 2016, respectivamente.

Aproximadamente el 86% de todos los opiáceos incautados en 2017 fueron en Asia, que es la región en la que se concentra el 90% de la producción ilícita mundial de opio.

- El mercado del cannabis está en transición debido a los cambios en su condición jurídica en algunos países. La incautación parece haber perdido prioridad en América del Norte pese a que sigue existiendo un mercado ilícito.

La gran mayoría de las incautaciones de hierba de cannabis sigue concentrándose en América. América del Sur fue responsable del 38% del total mundial en 2017 y América del Norte, del 21%.

Los decomisos de cannabis en América del Norte vienen decayendo desde hace tiempo y en la actualidad se sitúan un 77% por debajo del nivel alcanzado en 2010.

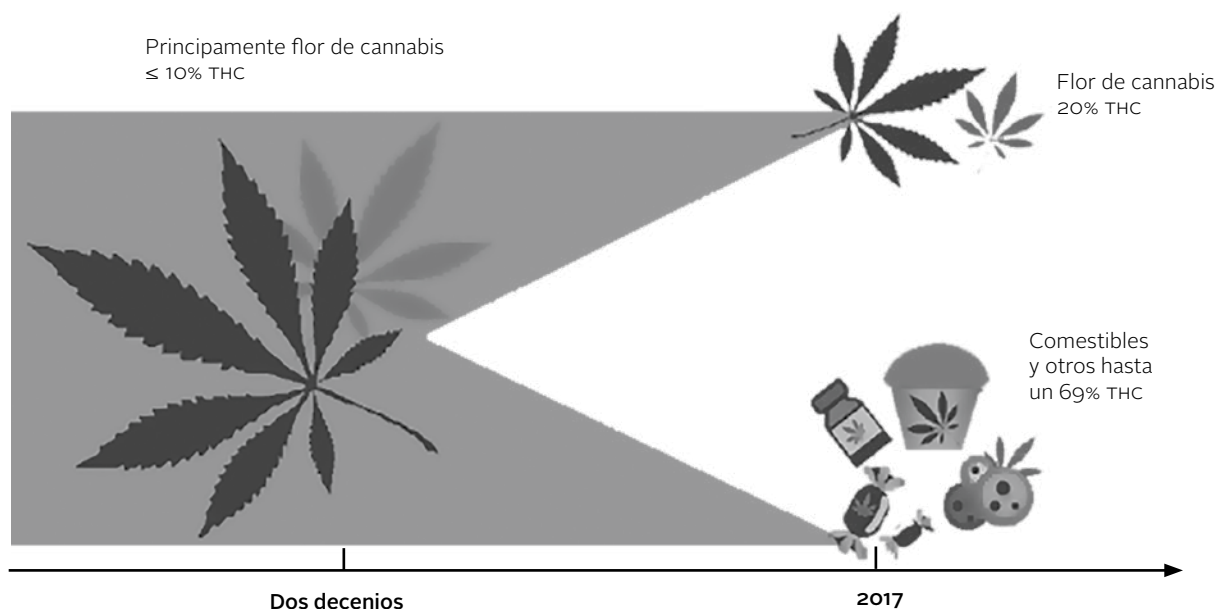
- Aumento de la intensidad del consumo de cannabis en el contexto de su legalización.

El número de personas que consumen cannabis en América del Norte es mayor que en la década anterior, pero el aumento ha sido aún más pronunciado en lo que respecta al consumo habitual (no médico) de esa sustancia. Por ejemplo, en los Estados Unidos el número de personas que consumieron cannabis en el año anterior aumentó en aproximadamente un 60% entre 2007 y 2017, mientras que el de quienes lo consumen a diario o casi a diario se duplicó con creces en ese mismo periodo.

- Los productos de la planta de cannabis se han diversificado y su potencia ha ido en aumento desde su legalización.

Pese al objetivo de impedir que los delincuentes obtengan beneficios del comercio ilícito de cannabis, en muchos de

Figura 4. Diversificación de los productos del cannabis consumidos en algunas jurisdicciones que permiten su uso no médico



Nota: Basado en Orens *et. al.*, "Market size and demand for marijuana in Colorado".

8

los estados que han legalizado su uso no médico han subsistido algunos mercados ilícitos. Esto es especialmente patente en los estados de Colorado y Washington, que figuraban entre las primeras jurisdicciones que adoptaron esas medidas en 2012. En California, los intentos iniciales de autorizar la venta de cannabis en 2018 se tradujeron en un aumento de los precios con respecto al mercado ilícito, por lo que no se logró atraer a los consumidores y apartarlos de aquél.

En Colorado, si bien la potencia (nivel de tetrahidrocannabinol (THC)) de la flor de cannabis ha seguido siendo menor (20%) que la de los concentrados de cannabis (69%), la potencia de ambos tipos de producto aumentó en aproximadamente un 20% en el período 2014-2017.

El mercado de los concentrados de cannabis también ha evolucionado rápidamente y en la actualidad hay

disponible una amplia gama de productos, cada uno de ellos con diversos niveles de THC, si bien la proporción de concentrados de cannabis analizados que contienen más de un 75% de THC se ha quintuplicado en los últimos años. También ha aumentado en Colorado la demanda de productos no derivados de la flor de cannabis, como los cartuchos de aceite para vaporizadores, los concentrados tipo *wax* o *shatter* y los productos comestibles con infusión de cannabis.

Con todos los puntos anteriormente descritos, es evidente la complejidad de la problemática, de donde emergen retos y desafíos en múltiples esferas: social, política, económica, educativa, sanitaria, entre otras. Es por ello que son necesarias directrices estandarizadas para la prevención, abordaje, manejo y tratamiento de los trastornos por uso de sustancias.

Tabla 1. Socios de organismos internacionales del Plan Colombo

ORGANISMO	PAÍS	
Oficina de Drogas y Crimen de las Naciones Unidas Subdivisión de Prevención y Salud	Viena, Austria	
Organización Mundial de la Salud (OMS)	Ginebra, Suiza	
The Colombo Plan	Sri Lanka, Asia	
Unión Africana	Addis Ababa, Etiopía	
Organización de Estados Americanos (OEA)	Washington, D.C.	

PLAN COLOMBO

El Plan Colombo es una misión diplomática fundada después de la Segunda Guerra Mundial en 1950, dirigida principalmente al desarrollo social de regiones estratégicas. En la actualidad desarrolla proyectos de alto impacto: los traduce, adapta y disemina a través de entrenamientos en los ámbitos de prevención, tratamiento y recuperación de uso de sustancias.

Cuenta con materiales y un conjunto de entrenadores internacionales certificados para su implementación. En este contexto organiza proyectos de capacitación junto con los gobiernos, universidades y organizaciones no gubernamentales para fortalecer los ámbitos de prevención, tratamiento y recuperación de los trastornos por uso de sustancias en diferentes países.

Desde el 2017 opera en Chile, abriendo su oficina regional para Latinoamérica y el Caribe con uno de sus programas, el DAP

(*Drug Advisory Program*), que dentro de sus objetivos está la capacitación en el currículum universal de tratamiento (UTC) y el currículum universal de prevención (UPC), entre otros.

Actualmente el Plan Colombo ha capacitado más de 60 países en todo el mundo, entre ellos: México, con sede en Jalisco. Ahí ha entrenado a 70 participantes de las siguientes instituciones: Universidad de Guadalajara, Consejo Estatal Contra las Adicciones y el Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME), quienes ya forman parte de la Asociación Internacional de Profesionales que trabajan en el campo del tratamiento y/o prevención del uso de drogas.

En conclusión, se puede afirmar que los trastornos por uso de sustancias contribuyen significativamente a la carga global por enfermedades, discapacidades y muertes, especialmente en población joven.

La capacitación de entrenadores por Plan Colombo llevada a cabo en Jalisco es el primer paso para abordar esta problemática multifacética y compleja, siendo necesaria la replicación y estandarización de pautas generales de abordaje en toda la República Mexicana.

SOCIEDAD INTERNACIONAL DE PROFESIONALES EN ADICCIONES. <https://www.issup.net/es/national-chapters/issup-mexico>

El consumo de metanfetamina “cristal” en México, sus posibles implicaciones y abordaje

Dr. Mario González Zabala •

INTRODUCCIÓN

Las drogas de diseño, entre ellas la metanfetamina o “cristal”, son sustancias psicoactivas de abuso fabricadas en laboratorios ilícitos en varias partes del mundo. Su producción, variedad y número de consumidores aumentan cada año en todo el mundo, principalmente de los estimulantes tipo anfetamínico. El abuso de metanfetamina se asocia a problemas de salud, sociales, discapacidad, baja productividad y conductas delictivas. Las afectaciones a la salud comprenden los efectos secundarios, la intoxicación aguda, la toxicología de las sustancias de corte, la combinación con otras drogas o fármacos establecidos y los efectos derivados de los residuos o trazas de las sustancias químicas lícitas o ilícitas utilizadas para el proceso de síntesis.

Dada su situación geográfica, vecino del país con las mayores prevalencias de consumo de metanfetamina y parte de las rutas del tráfico de drogas, no es inesperado que México reporte incrementos en el número de decomisos (cantidad de metanfetamina y sus precursores), detección de laboratorios de producción, prevalencia del consumo en la población general y demanda de atención como droga de impacto en los centros de tratamiento públicos y privados.

Esta revisión tiene como objetivo presentar un panorama general de la situación del consumo de metanfetamina, las características de la sustancia, los daños relacionados al consumo y los principios generales del abordaje. Cabe señalar que en México existen pocos estudios que evalúen el impacto del abuso de esta sustancia en los diferentes ámbitos, principalmente en el de las conductas criminales, frecuente en los consumidores.

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL CONSUMO DE METANFETAMINA “CRISTAL”

De acuerdo con los datos de la *Encuesta nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco*, las prevalencias del consumo de alguna droga ilegal en México a lo largo de la vida y en el 2016 fueron de 9.9% y 2.7% respectivamente. En el caso específico de las anfetaminas (que incluyen a la metanfetamina), la prevalencia a lo largo de la vida fue del 0.4% y en el último año 0.2% (ENCODAT, 2017). Lo anterior contrasta con la prevalencia mundial del consumo de anfetaminas en el último año (2017) de 0.6%, descrita en el *Reporte mundial de drogas del 2019* (UNODC, 2019). El *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019*, elaborado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), menciona que la prevalencia de vida de consumo de metanfetaminas en estudiantes de secundaria en México es del 2.2%, la más alta registrada en América, seguida por Estados Unidos con el 0.8%, El Salvador con 0.7% y Uruguay con 0.3% (OEA, 2019). Cabe señalar que esta cifra no es representativa de todos los estudiantes de secundaria de nuestro país.

Existen otros sistemas de información con datos que contrastan con lo anterior, como el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). El SISVEA es un registro donde se recaba información de hospitales, servicio médico forense, servicios de urgencias, sistema penitenciario y centros de tratamiento para los trastornos por consumo de sustancias. Cabe mencionar que, en la mayoría de los escenarios, excepto en los centros residenciales de tratamiento, se trata de muestras pequeñas, ya que no se recaba esta información de forma

sistematizada. De acuerdo con este sistema los primeros lugares en drogas de impacto por las que se busca atención en los centros de tratamiento para los trastornos por consumo de sustancias son el alcohol y la metanfetamina, seguidos por la marihuana y cocaína. Lo anterior cobra particular importancia, ya que hablamos de centros de internamiento de organizaciones no gubernamentales que generalmente cuentan con una modalidad mixta o no profesional y regularmente carecen de integración de servicios médicos y psicológicos. Varios estados de la región occidente y noroccidente de nuestro país, incluyendo Jalisco, presentan a la metanfetamina como primer lugar de droga de impacto en los centros de tratamiento no gubernamental, incluso por arriba del alcohol (SSA, 2016).

Los reportes de las unidades de especialidades médicas CAPA (Centro de Atención Primaria en Adicciones) indican que las metanfetaminas son las únicas sustancias que presentaron cambios notables del 2014 al 2016, pasando del 4.7% al 7.9%. Lo anterior posiciona a este tipo de sustancias en los primeros lugares como de droga de impacto en estos centros de atención, precedidas por el alcohol, marihuana y tabaco. Por otra parte, los datos provenientes de los Centros de Integración Juvenil (CIJ) ubican a las metanfetaminas, con el 16.1% en el segundo lugar de drogas de impacto en sus centros de tratamiento (ENCODAT, 2017).

CARACTERÍSTICAS Y EFECTOS DE LA METANFETAMINA

La metanfetamina es un derivado de la anfetamina sintetizado por primera vez en 1893 por un químico japonés.

Es clasificada como un psicoestimulante por el sistema de

clasificación anatómica terapéutica química de ingredientes químicos y drogas. Es un potente activo con gran poder adictivo, perteneciente al grupo de drogas de diseño. Se define químicamente como (S)-N-metil-1-fenilpropan-2-amina, d-Nmetilamfetamina o d-deoxiefedrina. Su fórmula empírica es $C_{10}H_{15}N$, con un peso molecular de 149.24 g/mol, cuyas propiedades físico-químicas le confieren una estructura sólida (cristales), color blanco, sin olor y de sabor ligeramente amargo.

Existen reportes del amplio consumo de esta sustancia durante la Segunda Guerra Mundial, donde los soldados buscaban el efecto de reducción de la fatiga y el apetito (Anglin *et al.*, 2000). El primer uso médico de la metanfetamina fue como tratamiento del asma en 1932. Otros usos posteriores fueron en la narcolepsia, depresión, alcoholismo y para suprimir el sueño en estudiantes o conductores de tráileres (Juliens, 1985). Actualmente está aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y la obesidad exógena; se comercializa en los Estados Unidos bajo el nombre de Desoxyn® (FDA, 2018).

La principal acción de la metanfetamina es el incremento de las concentraciones naturales de los neurotransmisores dopamina, serotonina y norepinefrina en el cerebro, mediante el incremento de su liberación desde las vesículas sinápticas (Rothman, 2003), así como mediante la interferencia en la acción de los transportadores y la inhibición de la monoaminoxidasa (Sulzer, 2005; Fung, 1980; Mantle, 1976). El incremento de dopamina también parece estar asociado al incremento de la síntesis a través de la enzima

tirosina hidroxilasa. Es así que los efectos asociados al consumo son los propios de estos neurotransmisores, entre los que destacan el incremento en la percepción del placer y la estimulación del sistema nervioso central (Kish, 2008). Otros de los efectos reportados son la sensación de euforia, incremento en el estado de alerta y energía, desinhibición, incremento del deseo sexual, aumento de la frecuencia cardíaca y tensión arterial, e incremento de la temperatura corporal. Los efectos simpaticomiméticos a nivel cardiocirculatorio se explican principalmente por la liberación de norepinefrina en las terminales nerviosas simpáticas (Goldstein, 1983).

A pesar de que la molécula utilizada farmacéuticamente y la del cristal encontrado en la calle es la misma, es importante recalcar que existen diferencias asociadas al incremento del potencial toxicológico y adictivo. Tal es el caso del inicio de acción y subsecuente estimulación del sistema nervioso central: 20 a 60 minutos en fármacos, y segundos a minutos en el cristal fumado (Pérez-Reyes *et al.*, 1991). El número y la combinación de impurezas encontradas en el producto final depende del tipo de metodología utilizada en la fabricación y síntesis.

Una dosis promedio de cristal fumado en pipa, suficiente para provocar el efecto reforzador *high*, se ha estimado en 40 a 60 mg (Pérez-Reyes *et al.*, 1991). Esta dosis puede variar dependiendo de factores como la temperatura de la pipa, la técnica de fumado, número de inhalaciones y la tolerancia. Una característica asociada íntimamente con el potencial del efecto reforzador *high* y el subsecuente potencial adictivo es el hecho de que, debido a su alta lipofiliidad, una gran cantidad de la droga está disponible en el sistema nervioso central

Figura 1. Trastorno por dependencia



Regulación a la baja del sistema de recompensa

(Disminución o pérdida de la percepción del placer)

Activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y estrés

(Síndrome de abstinencia e hiperexcitación cerebral)

Alteraciones en áreas de la corteza frontal

(Mal control de los impulsos)

Alteraciones en el sistema límbico

(Mala regulación del ánimo y ansiedad)

Memoria y emociones

(Craving)

Consumo compulsivo o repetitivo de la sustancia a pesar de las consecuencias negativas, y un deseo imperioso por perpetuar el consumo, frecuentemente acompañado de tolerancia y síndrome de abstinencia

tras minutos de haberla inhalado (Volkow, 2010; Fowler, 2008). El metabolismo de la metanfetamina se realiza principalmente en el hígado, a través del citocromo P450 2D6 (CYP2D6). En humanos, las rutas metabólicas principales son la hidroxilación aromática, que produce 4-hidroximetanfetamina, y la N-desmetilación para formar anfetamina (Lin, *et al.*, 1997). Otros metabolitos generados en menor cantidad son: noradrenalina, 4-hidroxianfetamina, 4-hidroxinoradrenalina, bencil-metil-cetona y ácido benzoico.

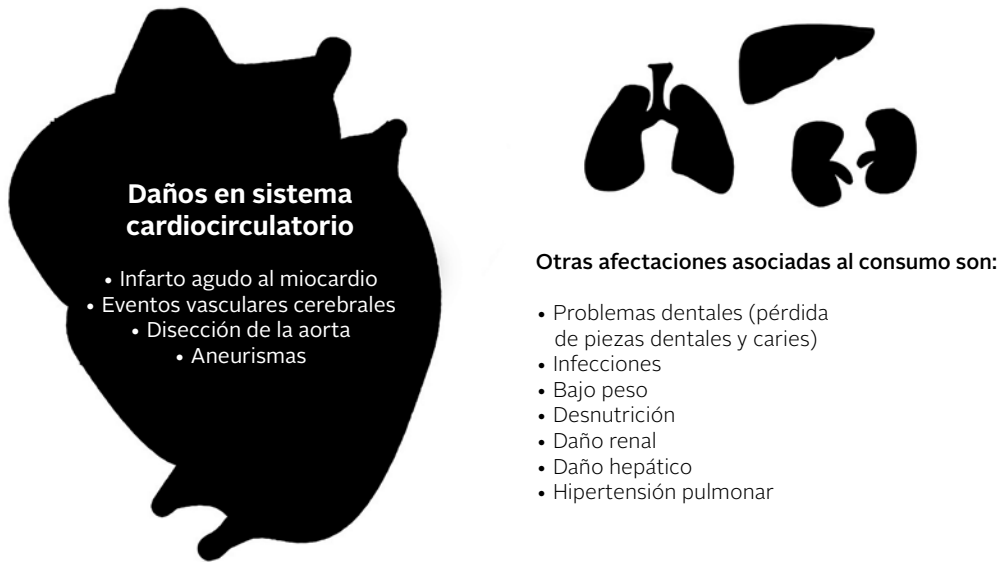
El 43% de la metanfetamina se excreta sin cambios por vía urinaria (el restante, a través del sudor o heces) con una vida media y efecto entre ocho y 12 h. Es importante considerar que, dependiendo de la dosis consumida y el pH de la orina, la excreción puede ser de hasta aproximadamente 10 días, y que a más ácida la orina, mayor nivel de metanfetamina (Smith-Kielland, 1997).

El alto potencial adictivo se asocia, además a su gran poder sobre el sistema nervioso central, al fenómeno de

tolerancia y síndrome de abstinencia.

Los efectos de la droga disminuyen de manera gradual; por lo tanto, se requieren dosis cada vez más altas o en mayor frecuencia para conseguir el mismo efecto. Una vez que el consumo se ha tornado repetitivo, al retirar la droga puede presentarse el síndrome de abstinencia, que incluye fatiga, irritabilidad, disforia, ansiedad, alteraciones en la concentración, depresión, paranoia, alteraciones del sueño y apetito, y necesidad de perpetuar consumo (Newton, 2004; Zweben, 2004).

La toxicidad de la metanfetamina contempla no sólo la molécula como fármaco o la droga de “diseño”, sino también los compuestos orgánicos utilizados en la síntesis ilícita del “cristal”. Actualmente la fabricación de los activos farmacéuticos y los controles de calidad de los fármacos cuidan sus procesos para prever y cuantificar la cantidad de trazas de solventes o sales orgánicas en el producto. Pero no podemos decir lo mismo en la producción ilegal: cada lote y molécula presentes en las calles son

Figura 2. Daño por consumo de metanfetamina

siempre diferentes. La heterogeneidad de las metanfetaminas de producción ilícita consumidas representa importantes retos en el abordaje de las personas con trastornos por consumo de estas.

DAÑOS A LA SALUD PRODUCIDOS POR EL CONSUMO CRÓNICO DE METANFETAMINA Y DESARROLLO DE LA ADICCIÓN

El efecto simpaticomimético de la metanfetamina puede provocar incremento en el riesgo de infarto agudo al miocardio, eventos vasculares cerebrales, disección de la aorta y aneurismas, así como hipertensión pulmonar (Chen, 2007; Pérez, 1999; Westover, 2007; Davis, 1994; Chin, 2006). Otras afectaciones asociadas al consumo son los problemas dentales (pérdida de piezas dentales y caries), infecciones, bajo peso, desnutrición y daño renal y hepático. Algunas de estas se han detectado incluso después de años posteriores a la suspensión del consumo (Prakash, 2017).

Cuando hablamos de las características de la enfermedad coloquialmente denominada “adicción”, se incluyen múltiples componentes biológicos, como neurotransmisores, áreas del cerebro que regulan la memoria, las emociones y el aprendizaje, el sistema de recompensa, entre otros. En una persona que desarrolla un trastorno por consumo de sustancias, y particularmente en aquella con las alteraciones funcionales cerebrales características del trastorno por dependencia conforme a la Clasificación Internacional de Enfermedades 10, se presenta un consumo compulsivo o repetitivo de la sustancia a pesar de las consecuencias negativas, y un deseo imperioso por perpetuar el consumo, frecuentemente acompañado de tolerancia y síndrome de abstinencia (OMS, 2011).

Una persona con trastorno por dependencia a sustancias “adicción” no regula adecuadamente las emociones y no inhibe las conductas inapropiadas, lo que se manifiesta en impulsividad y frecuentemente conductas agresivas

y hasta delictivas (Schatzberg, 2009). El consumo crónico e incluso agudo de ciertas sustancias en personas que tienen estos cambios se asocia a delitos porque afecta las áreas que controlan los impulsos, las percepciones y las emociones. Goldstein describió tres tipos de patrones asociados a la vinculación entre el consumo y el delito: el *económico compulsivo*, que es la persona dependiente que necesita consumir, pero al no tener dinero roba; el *psicofarmacológico por intoxicación* o por los cambios generados por el consumo crónico de drogas, y el *sistémico*, vinculado a la cadena de producción, tráfico, venta y consumo de drogas (Goldstein, 1985).

La carga económica asociada al consumo de metanfetamina en el año 2015 en Estados Unidos se estimó en 23.4 billones de dólares, incluyendo los costos por tratamiento de la adicción, atenciones de salud en general, pérdida de la productividad, crimen y operación del sistema de justicia, servicios a menores, daños como resultado de la producción, costos intangibles y muertes prematuras (Nicosia *et al.*, 2009). Incluso, se ha descrito que los ingresos a tratamiento residencial para trastornos por consumo de metanfetamina presentan mayor tendencia a un largo plazo que todos los ingresos por otras drogas combinados: 16% contra 7% (SAHMSA, 2013).

ALTERACIONES CEREBRALES ASOCIADAS A LOS SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS EN CONSUMIDORES DE METANFETAMINA

Dentro de los principales síntomas psiquiátricos asociados al consumo crónico de metanfetamina destacan los síntomas psicóticos (como paranoia), alteraciones del estado de ánimo

(principalmente síntomas depresivos), agitación y deterioro cognoscitivo (Glasner, 2014; McKetin, 2016). Como consecuencia de los efectos producidos por la metanfetamina, se pueden presentar cambios en la conducta, que incluyen agresividad y conductas criminales, mismas que incrementan de forma indirecta la morbilidad y mortalidad por el consumo (Darke, 2008 y 2017).

El consumo crónico de metanfetamina se asocia a daño en el sistema dopaminérgico del estriado, tanto a nivel presináptico como postsináptico, caracterizado por disminución de síntesis y liberación de dopamina, y menor disponibilidad de receptores D2/D3 y del transportador de dopamina (Ashok *et al.*, 2017). Lo anterior ha sido descrito como regulación a la baja del sistema de recompensa, que se manifiesta por disminución en la percepción del placer, no sólo por la sustancia, sino también por los estímulos naturales (como sexo y comida). Estudios de tomografía por emisión de positrones y espectroscopia por resonancia magnética en consumidores ya en abstinencia indican reducción en los transportadores de dopamina y serotonina, incluso hasta tres años después de suspender el consumo (Hong, 2015; Yuan, 2014; Haughey, 2000; Sogawa, 2007). La reducción de los transportadores de serotonina a nivel de la corteza cingular anterior, la corteza orbitofrontal y el lóbulo temporal, parece tener una correlación indirectamente proporcional a la cantidad de consumo de metanfetamina, y se asocia a una mayor tendencia a conductas agresivas (Sekine, 2006). Adicionalmente, en estudios de espectroscopia por resonancia magnética se detectó disminución del metabolito NAA (N-acetil-aspartato) en la corteza prefrontal dorsolateral derecha y la corteza cingular anterior derecha. El NAA se considera un

biomarcador de la integridad y viabilidad neuronal, relacionado con la formación de la membrana neuronal y la mielina (Fleur, 2014).

Un estudio descriptivo que incluyó a 1,016 sujetos con diagnóstico de trastorno por dependencia a metanfetamina provenientes de ocho centros de tratamiento ambulatorio en California, Montana y Hawai, encontró altos niveles de síntomas psiquiátricos, intentos de suicidio, problemas de control de ira, conductas violentas y agresiones. Los principales síntomas psiquiátricos fueron los depresivos, de ansiedad y psicóticos, aunque no se corroboró si eran secundarios a la intoxicación, síndrome de abstinencia, daño por consumo crónico o comorbilidad (Zweben *et al.*, 2004). Sin embargo, lo anterior enfatiza la importancia del abordaje psiquiátrico de esta población, frecuentemente está en contacto con los sectores de salud y justicia. La aparición de síntomas psicóticos, descrita hasta en el 60% de los consumidores crónicos, parece estar relacionada con daños en las neuronas gabaérgicas y disregulación glutamatérgica a nivel cortical, así como al incremento de dopamina (Hsieh, 2014). Otro estudio que evaluó 1,277 sujetos entre 2012 y 2015 en un centro de tratamiento en Shenzhen (China), encontró que los dependientes a metanfetamina tenían cuatro veces más probabilidad de presentar cualquier tipo de síntomas psiquiátricos en comparación con los consumidores que no presentaban dependencia (Ma *et al.*, 2018).

Es importante considerar la interacción de otros factores que pudieran potenciar la aparición de psicopatología en personas con dependencia a metanfetamina. Tal es el caso de lo sugerido por un estudio que detectó más antecedentes de maltrato infantil y mayores niveles de cortisol en dependientes a metanfetaminas con

trastorno depresivo mayor e intentos de suicidio a lo largo de la vida en comparación con dependientes sin estos padecimientos (Pirna *et al.*, 2019).

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE METANFETAMINA

Los resultados de una revisión sistemática, que incluyó 10 estudios (ensayos clínicos controlados) para evaluar la efectividad de diferentes intervenciones psicoterapéuticas como tratamiento de los trastornos por consumo de metanfetamina, sugiere que los resultados son mejores cuando se aplican intervenciones más intensivas; sin embargo, incluso las intervenciones como textos de autoayuda mostraron resultados positivos. Se reportó evidencia de efectividad de varias intervenciones psicoterapéuticas, entre las que se mencionan la entrevista motivacional, manejo de contingencias, terapia cognitivo-conductual y terapia de aceptación y compromiso (Stuart *et al.*, 2020).

Al comparar las alteraciones estructurales y funcionales del sistema nervioso central asociadas al consumo de metanfetamina con las de otros trastornos mentales, así como al revisar la posible fisiopatología de los efectos físicos, emocionales y conductuales que produce su consumo, surgen hipótesis del uso de psicofármacos utilizados como tratamiento para otras enfermedades mentales en el abordaje de los trastornos por consumo de metanfetamina. Dentro de los fármacos que han mostrado cierta efectividad, se mencionan la naltrexona, modafinilo y bupropión (Karila *et al.*, 2010). Sin embargo, a la fecha no existen tratamientos farmacológicos aprobados por la FDA para el tratamiento de los trastornos por consumo de metanfetamina. Los resultados de una revisión sistemática publicada en 2019, que incluyó diversos

fármacos (antidepresivos, antipsicóticos, psicoestimulantes, anticomiciales y antagonistas opioides), encontraron evidencia baja de la efectividad del metilfenidato en la reducción del consumo de metanfetamina/anfetamina, y resultados prometedores del topiramato como intervención farmacológica en esta población (Chan *et al.*, 2019).

La respuesta heterogénea a diferentes fármacos, con diversos mecanismos de acción y objetivos terapéuticos específicos (como disminución del *craving*, control de los síntomas del síndrome de abstinencia y mejor control de impulsos), sugiere una efectividad que puede variar dependiendo de subgrupos de personas con trastornos por consumo de metanfetamina.

Asimismo, la diferente respuesta al tratamiento farmacológico con mirtazapina y metilfenidato de los consumidores de mayor consumo comparada con los de menor, encontrada en estudios previos, sugiere también la importancia de identificar subgrupos para la elección del tratamiento (Soares & Pereira, 2019).

Es así que algunas personas con regulación a la baja en el sistema de recompensa (disminución de la transmisión dopaminérgica), que adicionalmente a la anhedonia y disminución del refuerzo positivo por el consumo presentan otros síntomas depresivos, podrían responder mejor a un tratamiento con antidepresivos. Mientras que, en el caso de problemas en el control de impulsos y un consumo compulsivo de cristal, comórbido a trastorno por déficit de atención e hiperactividad, la respuesta a un psicoestimulante podría ser favorable para tratar ambos padecimientos.

Algunas de las recomendaciones para el abordaje general de los trastornos por consumo de metanfetamina incluyen mantener un ambiente tranquilo y con pocos estímulos con vigilancia continua

y evaluación frecuente de los síntomas psiquiátricos (incluyendo del síndrome de abstinencia). Es importante evitar el uso de medicamentos hasta no descartar el policonsumo de sustancias o medicamentos. En casos de agitación, agresividad y psicosis, las benzodiacepinas son la primera elección. En caso de continuar la agitación, especialmente con la presencia de síntomas psicóticos, se sugiere el uso de antipsicóticos atípicos (Gouzoulis-Mayfrank *et al.*, 2017). Posterior a la estabilización se debe realizar un diagnóstico médico, psicológico y psiquiátrico.

Un estudio multicéntrico (n=126 sujetos) que evaluó la estimulación magnética transcraneal en dependientes a metanfetamina, encontró una reducción del *craving*, mejora de funciones cognitivas y de calidad del sueño (Su *et al.*, 2020). Lo anterior podría ser de utilidad en el abordaje no farmacológico de este padecimiento.

REFLEXIONES SOBRE EL CONSUMO DE METANFETAMINA EN MÉXICO

Tenemos un importante problema con el consumo de metanfetamina en varios estados del país, principalmente en la población joven. A pesar de que el reporte de consumo en estudiantes de secundaria incluido en este documento no es representativo de todo el país, la alta prevalencia comparada con otros países es preocupante, principalmente porque el cerebro de un adolescente no se ha terminado de desarrollar y los daños podrían ser mayores o irreversibles. Adicionalmente, las diferencias entre los grupos de consumidores representan un reto en el abordaje, ya que los daños y respuesta al tratamiento parecen variar de forma importante por sexo.

La dificultad en la integración de los servicios de medicina general, psiquiatría, psicología y el apoyo social en la atención de los trastornos por consumo de sustancias, complica el abordaje integral. Las personas con estos padecimientos frecuentemente reciben tratamientos con escasa evidencia en su efectividad, no adaptados a las características individuales y, en algunos casos, con violación de sus derechos humanos. Es frecuente que las complicaciones médicas, en específico las psiquiátricas, no sean abordadas y favorezcan la morbilidad y mortalidad e incluso la aparición de conductas violentas o criminales.

A pesar de que se carece de sistemas de medición que permitan estimar el impacto del consumo de metanfetamina en las conductas delictivas, existen reportes anecdóticos de su alta frecuencia en los estados con mayor consumo de cristal. Como respuesta a los delitos asociados al consumo de drogas ilegales y alcohol, en varios estados de nuestro país se está implementando el Modelo Nacional de Justicia Terapéutica para Personas con Consumo de Sustancias en Conflicto con la Ley, que busca el abordaje del problema de consumo de alcohol y drogas ilegales para disminuir los factores de riesgo asociados al delito y lograr, así, un mejor

pronóstico (González, 2018). Sin embargo, este modelo únicamente opera en cinco estados de la república y se carece de modelos de tratamiento integral para los trastornos por consumo de metanfetamina en los centros de tratamiento involucrados.

Las características de esta sustancia, entre las que destacan el alto potencial adictivo e importantes daños a la salud, hacen que el abordaje de este problema represente un reto para los sistemas de salud, seguridad pública y justicia. La alta comorbilidad con otros trastornos mentales, y la psicopatología secundaria al abuso de esta sustancia, enfatizan la importancia de integrar los servicios de salud mental en la atención de las personas que presentan problemas relacionados con el consumo de cristal. La situación del consumo de metanfetamina en nuestro país sugiere la necesidad de elaborar guías, manuales, protocolos de atención y otros instrumentos que favorezcan la atención basada en la mayor evidencia científica y el respeto de los derechos humanos. Asimismo, es prioritario implementar campañas de sensibilización e información y programas de capacitación continua enfocados a fortalecer los servicios de tratamiento con una visión integral que incluya el adecuado uso de fármacos y las intervenciones psicoterapéuticas y sociales.

REFERENCIAS

- ANGLIN MD, BURKE C, PERROCHET B, STAMPER E, DAWUD-NOORSI S. (2000). History of the methamphetamine problem. *J Psychoactive Drugs*, 32: 137-141. [PubMed: 10908000].
- ASHOK, AH, MIZUNO Y, VOLKOW ND & HOWES OD. (2017). Association of Stimulant Use With Dopaminergic Alterations in Users of Cocaine, Amphetamine, or Methamphetamine. *JAMA Psychiatry*, 74(5): 511. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0135>.
- CHAN B, FREEMAN M, KONDO K, AYERS C, MONTGOMERY J, PAYNTER R & KANSAGARA D. (2019). Pharmacotherapy for methamphetamine/amphetamine use disorder-a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/add.14755>.
- CHEN JP. (2007). Methamphetamine-associated acute myocardial infarction and cardiogenic shock with normal coronary arteries: refractory global coronary microvascular spasm. *J. Invasive Cardiol*, 19: E89-92.
- CHIN KM, CHANNICK RN & RUBIN LJ. (2006). Is methamphetamine use associated with idiopathic pulmonary arterial hypertension? *Chest*, 130: 1657-1663.
- COMISIÓN INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS (CICAD) & ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). (2019). *Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019*, Washington, D.C.
- DARKE S, KAYE S, DUFLOU J. (2017). Rates, characteristics and circumstances of methamphetamine related death in Australia: a national 7-year study. *Addiction*, 112: 2191-201.
- DARKE S, KAYE S, MCKETIN R, DUFLOU J. (2008). Major physical and psychological harms of methamphetamine use. *Drug Alcohol Rev*, 27: 253-62.
- DAVIS GG & SWALWELL, CI. (1994). Acute aortic dissections and ruptured berry aneurysms associated with methamphetamine abuse. *J. Forensic Sci*, 39: 1481-1485.
- FDA. (2018). *Safety Review Update of Medications used to treat ADHD*. Retrieved January 3, 2020, from <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-safety-review-update-medications-used-treat-attention>.
- FOWLER JS, VOLKOW ND, LOGAN J, ALEXOFF D, TELANG F, WANG GJ, WONG C, MA Y, KRIPLANI A, PRADHAN K, SCHLYER D, JAYNE M, HUBBARD B, CARTER P, WARNER D, KING P, SHEA C, XU Y, MUENCH L & APELSKOG K. (2008). Fast uptake and long-lasting binding of methamphetamine in the human brain: comparison with cocaine. *NeuroImage*, 43: 756-763.
- FUNG YK & URETSKY NJ. (1980). The importance of calcium in amphetamine-induced turning behavior in mice with unilateral nigro-striatal lesions. *Neuropharmacology*, 19: 555-560.
- GLASNER-EDWARDS S & MOONEY LJ. (2014). Methamphetamine psychosis: epidemiology and management. *CNS Drugs*, 28: 1115-26.
- GOLDSTEIN DS, NURNBERGER J JR, SIMMONS S, GERSHON ES, POLINSKY R & KEISER HR. (1983). Effects of injected sympathomimetic amines on plasma catecholamines and circulatory variables in man. *Life Sci*, 32: 1057-1063.
- GOLDSTEIN PJ. (1985). The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework. *Journal of Drug Issues*, 15(4): 493-506. <https://doi.org/10.1177/002204268501500406>.
- GONZÁLEZ M. (2018). El Componente Sanitario del Modelo Nacional de Justicia Terapéutica. *Nove Iustita. Revista Digital de la Reforma Penal*, Año VI (24).
- GOUZOU LIS-MAYFRANK E & HÄRTEL-PETRI R. (2017). Methamphetamine-Related Disorder. Clinical Practice Guideline. Deutsches Ärzteblatt International. *Dtsch Arztebl Int*, 114: 455-61.
- HAUGHEY HM, FLECKENSTEIN AE, METZGER RR & HANSON GR. (2000). The effects of methamphetamine on serotonin transporter activity: role of dopamine and hyperthermia. *J. Neurochem*, 75 (4): 1608-1617.
- HONG SL, ZHANG D, ZHANG LH, YANG P, WAN J, YU Y, WANG TH, FENG ZT, LI LH & YEW DT. (2015). Expression of dopamine transporter in the different cerebral regions of methamphetamine-dependent rats. *Hum. Exp. Toxicol*, 34 (7): 707-717.
- HSIEH JH, STEIN DJ & HOWELLS FM. (2014). The neurobiology of methamphetamine induced psychosis. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8 (537).
- JULIEN RM. (1985). *A Primer of Drug Action*. New York: W.H. Freeman & Company.

- KARILA L, WEINSTEIN A, AUBIN HJ, BENYAMINA A, REYNAUD M & BATKI SL. (2010). Pharmacological approaches to methamphetamine dependence: a focused review. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 69(6): 578-592. doi: 10.1111/j.1365-2125.2010.03639.x.
- KISH SJ. (2008). Pharmacologic mechanisms of crystal meth. *CMAJ*, 178: 1679-1682.
- LIN L, DI STEFANO E, SCHMITZ D, HSU L, ELLIS S, LENNARD M ET AL. (1997). Oxidation of methamphetamine and methylenedioxymethamphetamine by CYP2D6. *Drug Metab Dispos*, 25(9): 1059-1064.
- MA J, SUN XJ, WANG RJ, WANG TY, SU MF, LIU MX ET AL. (2018). Profile of psychiatric symptoms in methamphetamine users in China: Greater risk of psychiatric symptoms with a longer duration of use. *Psychiatry Research*, 262: 184-192. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.02.017>.
- MANTLE TJ, TIPTON KF & GARRETT NJ. (1976). Inhibition of monoamine oxidase by amphetamine and related compounds. *Biochem Pharmacol*, 25: 2073-2077.
- MCKETIN R, DAWE S, BURNS RA, HIDES L, KAVANAGH DJ, TEESSON M ET AL. (2016). The profile of psychiatric symptoms exacerbated by methamphetamine use. *Drug Alcohol Depend*, 161: 104-9.
- NEWTON TF, KALECHSTEIN AD, DURAN S, VANSLUIS N & LING W. (2004). Methamphetamine abstinence syndrome: preliminary findings. *Am J Addict*, 13: 248-255.
- NICOSIA N, PACULA RL, KILMER B, LUNDBERG R & CHIESA J. (2009). *The Economic Cost of Methamphetamine Use in the United States, 2005*. Santa Monica, CA RAND Corporation.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2011). *International statistical classification of diseases and related health problems*, 10th revision. Ginebra: OMS.
- PEREZ JA JR, ARSURA EL & STRATEGOS S. (1999). Methamphetamine-related stroke: four cases. *J Emerg Med*, 17: 469-471.
- PEREZ-REYES M, WHITE W & MCDONALD S. (1991). Clinical effects of methamphetamine vapor inhalation. *Life Sci*, 49: 953-959.
- PIRNIA B, KHOSRAVANI V, MALEKI F, KALBASI R, PIRNIA K, MALEKANMEHR P & ZAHIRODDIN A. (2019). The role of childhood maltreatment in cortisol in the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis in methamphetamine-dependent individuals with and without depression comorbidity and suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.168>.
- PRAKASH MD, TANGALAKIS K, ANTONIPILLAI J, STOJANOVSKA L, NURGALI K & APOSTOLOPOULOS V. (2017). Methamphetamine: Effects on the brain, gut and immune system. *Pharm Res*, 120: 60-67. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1043661816312002>.
- ROTHMAN RB & BAUMANN MH. (2003). Monoamine transporters and psychostimulant drugs. *Eur J Pharmacol*, 479: 23-40.
- SCHATZBERG A. (2009). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology*. (4th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Pub.
- SECRETARÍA DE SALUD (SSA). (2016). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones. Informe SISVEA 2016*. México: Secretaría de Salud.
- SEKINE Y, OUCHI Y ET AL. (2006). Brain Serotonin Transporter Density and Aggression in Abstinent Methamphetamine Abusers. *Arch Gen Psychiatry*, 63.
- SMITH-KIELLAND A, SKUTERUD B & MORLAND J. (1997) URINARY EXCRETION OF AMPHETAMINE AFTER TERMINATION OF DRUG ABUSE. *J Anal Toxicol*, 21: 325-329.
- SOARES E & PEREIRA FC. (2019). Pharmacotherapeutic strategies for methamphetamine use disorder: mind the subgroups. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 20 (18): 2273-2293. doi: 10.1080/14656566.2019.1681970.
- SOGAWA C, SOGAWA N, TAGAWA J, FUJINO A, OHYAMA K, ASANUMA M, FUNADA M & KITAYAMA S. (2007). 5-Methoxy-N,N-diisopropyltryptamine (Foxy), a selective and high affinity inhibitor of serotonin transporter. *Toxicol. Lett.*, 170 (1): 75-82.
- STUART AM, BAKER AL, DENHAM AM, LEE NK, HALL A, OLDMEADOW C ET AL. (2020). Psychological treatment for methamphetamine use and associated psychiatric symptom outcomes: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 109: 61-79. doi: 10.1016/j.jsat.2019.09.005.

- SU H, CHEN T, JIANG H, ZHONG N, DU J, XIAO K ET AL. (2020). Intermittent theta burst transcranial magnetic stimulation for methamphetamine addiction: A randomized clinical trial. *European Neuropsychopharmacology*. doi: 10.1016/j.euroneuro.2019.12.114
- SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA). (2019). Treatment Episode Data Set (TEDS): 2001-2011. *National Admissions to Substance Abuse Treatment Services*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- SULZER D, SONDEERS MS, POULSEN NW & GALLI A. (2005). Mechanisms of neurotransmitter release by amphetamines: a review. *Prog Neurobiol*, 75: 406-433.
- VILLATORO-VELÁZQUEZ JA, RESENDIZ-ESCOBAR E, MUJICA-SALAZAR A, BRETÓN-CIRETT M, CAÑAS-MARTÍNEZ V, SOTO-HERNÁNDEZ I, FREGOSO-ITO D, FELIZ BAUTISTA C, MEDINA-MORA ME, GUTIÉRREZ-REYES J, FRANCO-NÚÑEZ A, ROMERO-MARTÍNEZ M & MENDOZA-ALVARADO L. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: reporte de drogas*. Ciudad de México: Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud.
- VOLKOW ND, FOWLER JS, WANG GJ, SHUMAY E, TELANG F, THANOS PK & ALEXOFF D. (2010). Distribution and pharmacokinetics of methamphetamine in the human body: clinical implications. *PLOS One*, 5: e15269.
- WESTOVER AN, MCBRIDE S & HALEY RW. (2007). Stroke in young adults who abuse amphetamines or cocaine: a population-based study of hospitalized patients. *Arch Gen Psychiatry*, 64: 495-502.
- WORLD DRUG REPORT 2019. (United Nations publication, Sales No. E.19.XI.8).
- YUAN J, LV R, ROBERT BRASIC J, HAN M, LIU X, WANG Y, ZHANG G, LIU C, LI Y & DENG Y. (2014). Dopamine transporter dysfunction in Han Chinese people with chronic methamphetamine dependence after a short-term abstinence. *Psychiatry Res*, 221 (1): 92-96.
- ZWEBEN JE, COHEN J, CHRISTIAN D & GALLOWAY GP. (2004). Psychiatric Symptoms in Methamphetamine Users. *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, 13: 181-90. 10.1080/10550490490436055.
- ZWEBEN JE, COHEN JB, CHRISTIAN D, GALLOWAY GP, SALINARDI M, PARENT D & IGUCHI M. (2004). Psychiatric symptoms in methamphetamine users. *Am J Addict*, 13: 181-190.

Características e implementación de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) de la Organización Mundial de la Salud

Dra. Ana Victoria Chávez Sánchez •
 Dr. Israel Itzaman Jiménez Navarro •
 Dr. Octavio Román Elías García •
 Dr. Bruno Alfonso Collazos Iriarte •

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El consumo perjudicial de sustancias es un grave problema de salud pública en México y el mundo, incrementando de forma importante la morbilidad y mortalidad de la población. Se relaciona con numerosas patologías médicas no psiquiátricas, trastornos mentales, riesgo de lesiones y conducta suicida. En este artículo se abordan las características e implementación de la prueba ASSIST (prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias [*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*]) en distintos niveles de atención, como medida de detección temprana de consumo de riesgo.

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO: El ASSIST se conforma por ocho preguntas, indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. La puntuación final se obtiene por medio de la suma de las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. Los resultados de la pregunta 8 no cuentan para la puntuación general, pero el consumo por vía inyectada (P8) es un indicador de alto riesgo. Ya determinada la puntuación, se inicia una conversación (intervención breve) con el usuario sobre el consumo de sustancias. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en “bajo”, “moderado” o “alto”, y en cada caso se determina la intervención más adecuada (“no tratamiento”, “intervención breve” o “derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento” respectivamente).

CONCLUSIONES: La implementación de la prueba ASSIST en distintos niveles de atención resulta en la identificación temprana de patrones de consumo perjudiciales de distintas sustancias, lo que permite una intervención oportuna y mejora el pronóstico de quienes los presenten.

PALABRAS CLAVE: ASSIST, alcohol, abuso y dependencia, trastornos mentales, uso de drogas, conducta suicida.

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco, alcohol y otro tipo de drogas contribuye de forma importante a la morbilidad, mortalidad y problemas sociales en todo el mundo (Gryczynski *et al.*, 2015; Assanangkornchai *et al.*, 2014, 2015; Rubio *et al.*, 2014; van der Westhuizen *et al.*, 2016). Su uso de forma nociva supone un incremento en el riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles (hepáticas, pancreáticas y cardiovasculares), incrementa la tasa de transmisión de enfermedades infecciosas como el VIH y está fuertemente relacionado con un incremento en el riesgo de sufrir lesiones intencionadas, no intencionadas y trastornos mentales (van der Westhuizen *et al.*, 2016).

En México, el alcohol es ampliamente la sustancia más utilizada (Strunin *et al.*, 2015). Somos uno de los países líderes en mortalidad debido a enfermedad hepática. La Secretaría de Salud reportó un promedio de 25,000 casos de cirrosis por año, del 2000 al 2010. Las principales etiologías de la cirrosis son el alcohol, seguido de la infección por hepatitis C y la esteatohepatitis no alcohólica. La OMS reporta que en nuestro país la cantidad de alcohol consumida es de 8.4 litros de alcohol puro per cápita entre las personas mayores de 15 años. No obstante, si este parámetro se aplica sólo a los bebedores, el consumo de alcohol aumenta a 27.1 litros, que es similar al de países con los niveles más altos de consumo de

alcohol per cápita. Se estima que cada semana, aproximadamente 30 millones de mexicanos consumen más de cinco bebidas alcohólicas por ocasión, y otros 10 millones consumen por lo menos una diariamente. La distribución de las preferencias de bebidas alcohólicas es heterogénea. En el centro de México, se prefiere el pulque, en contraste con el tequila en el oeste o la cerveza en las partes norte y sur del país; estas preferencias se relacionan con la mortalidad por cirrosis y cambian a lo largo de la vida si la persona desarrolla abuso y dependencia. En una primera fase “prealcohólica” desde el inicio del consumo y con una duración aproximada de diez años, se observa un mayor consumo de cerveza (67%). En la segunda fase, con una duración de ocho a diez años, la persona cursa con enfermedad hepática y hay una preferencia por el tequila (59%). Por último, en una tercera fase, en la que puede haber o no cirrosis, está establecida una marcada dependencia debido al consumo crónico y se muestra una preferencia mixta, entre tequila (46%) y otros destilados (30%) (Roman *et al.*, 2013; Campollo *et al.*, 2001).

La población joven es el grupo más afectado, dado que el uso de sustancias legales, ilegales y recetadas se encuentra en constante ascenso (Tiburcio *et al.*, 2016). Su abuso y dependencia también tienen un fuerte impacto sobre la salud mental, representando la causa y resultado de distintos trastornos, como los de ansiedad y del estado de ánimo (van der Westhuizen *et al.*, 2016; Roman *et al.*, 2013), con los que suelen coexistir y empeorar el pronóstico y la severidad de cualquiera de ellos si se presentaran de forma aislada.

Los trastornos depresivos son la condición psiquiátrica más frecuentemente asociada (McHugh & Weiss, 2019), al mismo tiempo se ha encontrado una relación directa con el incremento en la conducta suicida. En nuestro país se tiene registro que del año 1970 al 2007, la tasa

de suicidios ha crecido un 275% (Roman *et al.*, 2013; McHugh & Weiss, 2019), siendo el grupo etario comprendido entre los 15 y 24 años de edad de mayor incidencia (INEGI, 2013). A nivel mundial, el suicidio representa la segunda causa de muerte en la población comprendida entre los 15 y 29 años, por lo que es importante investigar y trabajar sobre las conductas asociadas (Borges *et al.*, 2017).

Es bien conocido que los usuarios de sustancias no se vuelven dependientes de la noche a la mañana. Por ejemplo, el período promedio entre la primera consecuencia debido al consumo de alcohol y la primera intervención para este problema es de alrededor de cinco años, y cualquier retraso en el inicio del tratamiento, así como cualquier tratamiento inadecuado, empeora el pronóstico. En cuanto al tabaco, el período de latencia entre el comienzo del consumo y los primeros síntomas lleva décadas, al igual que las primeras iniciativas para interrumpir el consumo (Almeida *et al.*, 2017).

Actualmente se cuenta con diversos instrumentos capaces de detectar el consumo de riesgo o peligroso, pero muestran ciertas limitaciones. Entre ellas destacan: 1) el tiempo requerido para su administración, que puede resultar inviable en el contexto de la atención primaria, y 2) su enfoque sobre la dependencia, que pasa por alto las situaciones de personas que, aun sin ser adictas, tienen problemas de consumo. Dadas estas limitaciones, los instrumentos rápidos y autoadministrados son una alternativa práctica (Tiburcio *et al.*, 2016).

Debido al creciente impacto negativo del uso excesivo de sustancias y a que las personas que las usan en estos niveles no se identifican fácilmente sin una herramienta de detección (Assanangkornchai *et al.*, 2014; van der Westhuizen *et al.*, 2016), la Organización Mundial de la Salud (OMS) apoyó el desarrollo y la validación de la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol,

Tabaco y Sustancias (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test [ASSIST]), que clasifica a los pacientes en categorías de riesgo bajo, moderado y alto, para guiar la intervención clínica. El instrumento proporciona puntajes de riesgo específicos para tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamínico, inhalantes, sedantes, alucinógenos y opioides, según las respuestas a varias preguntas sobre el uso de sustancias y problemas asociados (Rubio *et al.*, 2014; Assanangkornchai *et al.*, 2015). El componente de detección permite calificar el patrón de problemas relacionados con el uso de sustancias legales e ilegales, y tiene puntos de corte que sugieren un uso nocivo y dependencia. Los objetivos principales del procedimiento son identificar el abuso de sustancias en una etapa temprana y ofrecer ayuda a las personas con este problema. La detección y la intervención breve han sido pensadas para su uso en atención primaria, con una mínima inversión de tiempo, donde el problema suele pasar desapercibido y se ha demostrado que aproximadamente 20 a 30% de los pacientes que se presentan tienen un patrón de consumo perjudicial de alcohol o drogas (Assanangkornchai *et al.*, 2014; Almeida *et al.*, 2017).

La creciente tasa de suicidios y prevalencia de trastornos mentales asociados al consumo de sustancias entre adolescentes y adultos en México y el mundo, aunada a un diagnóstico ineficiente de patrones de consumo problemáticos, hace necesaria la implementación rutinaria de una prueba de cribado eficiente en el primer nivel de atención para su detección y tratamiento oportuno (Borges & Loera, 2010). La ASSIST no es la respuesta por sí misma al extenso problema de abuso de sustancias, pero representa una importante herramienta para mejorar la salud pública, junto a otras medidas como el reforzamiento de las leyes sobre venta de alcohol, medicamentos

controlados y sustancias ilegales, así como la educación de la población sobre el tema (Assanangkornchai, *et al.*, 2014).

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

Características de prueba ASSIST

La ASSIST, como su nombre lo indica, es una prueba de alta sensibilidad desarrollada para el sondeo de consumo de sustancias en población de riesgo, siendo específicamente para mayores de 18 años, priorizando su aplicación a pacientes con síntomas que sugieren el abuso de sustancias o a personas que forman parte de alguna población de riesgo a complicaciones por el uso de sustancias, como pueden ser personas privadas de su libertad, embarazadas o con alguna cardiopatía. Si bien se diseñó para ser utilizada por médicos de atención primaria, debido a su gran versatilidad ha demostrado ser de gran utilidad en múltiples escenarios. Hoy en día la prueba es utilizada tanto por médicos especialistas como generales, por personal de enfermería, trabajo social, psicología, en general, profesionales que trabajen con jóvenes o con personas en riesgo de abuso de sustancias.

Para cumplir esta función de la manera más efectiva, la ASSIST consta de ocho preguntas, las cuales nos permiten explorar adecuadamente seis áreas de interés: el uso de sustancias a lo largo de la vida, el uso de sustancias en los últimos tres meses, los problemas desarrollados por el consumo, el riesgo actual de presentar problemas en el futuro, la posibilidad de dependencia y el uso de sustancias vía intravenosa. Las preguntas nos permiten tener una sensibilidad suficiente como para realizar un sondeo efectivo en tan sólo cinco a 15 minutos de manera confiable en escenarios no especializados.

Otra característica que cabe recalcar es su habilidad de cuantificar el nivel de riesgo que amerita cada sustancia,

favoreciendo la reflexión y al mismo tiempo nos permite vincular hacia centros de atención según sea requerido o realizar una intervención breve nosotros mismos.

Componentes de la prueba ASSIST

La prueba ASSIST consta de tres componentes principales, necesarios tener a mano cada vez que realizamos la prueba:

1. Hoja de apoyo para el paciente

Esta hoja se le entregará al paciente al inicio de la entrevista y él la tendrá consigo a lo largo de la misma. Consta de dos partes.

La cara frontal contiene una lista de 10 grupos de sustancias sobre las cuales será interrogado el paciente. En esta lista se encuentran entre paréntesis diferentes nombres de las sustancias como pueden ser llamadas informalmente con el fin de facilitar su identificación. Cabe resaltar que ésta no es una lista exhaustiva, sino que contiene los nombres coloquiales más comunes de sustancias en los países donde se creó y probó el ASSIST. Uno debe sentirse libre de complementarla, ya sea de manera verbal en la entrevista o de forma escrita, con diferentes nombres que puedan ser más usados en su área (tabla 1).

El reverso consta de una tabla con las opciones de respuesta. A lo largo de la entrevista, las preguntas proporcionan diferentes opciones. Puede ser que nos encontremos con pacientes en los cuales esto resulte confuso o laborioso recordar; en caso que esto pase, se indicará al entrevistado que vea esta tabla de opciones, en las cuales se enumeran claramente las opciones en cada caso, mejorando la precisión de cada respuesta lo más posible.

2. Formulario impreso de prueba ASSIST

Este formulario es en el que nosotros trabajaremos a lo largo de la entrevista, consta de tres secciones.

Tabla 1. Anverso y reverso de la hoja de apoyo de respuestas paciente del ASSIST v3.1.

Tarjeta de respuestas I Sustancias	
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etcétera.)	
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etcétera.)	
c. Cannabis (marihuana, mota, hieba, hachis, etcétera.)	
d. Cocaína (coca, crack, etcétera.)	
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etcétera.)	
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etcétera.)	
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etcétera.)	
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etcétera.)	
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etcétera.)	
j. Otras / especifique: _____	

Tarjeta de respuestas Respuesta de frecuencia	
Respuestas Últimos tres meses (preguntas 2 a 5 del ASSIST) • Nunca: no se ha consumido en los tres últimos meses. • Una o dos veces: de una a dos veces en los últimos tres meses. • Mensualmente: promedio de una a tres veces al mes en los últimos tres meses. • Semanalmente: de una a cuatro veces a la semana. • Diariamente o casi diariamente: de cinco a siete veces a la semana.	Frecuencia A lo largo de la vida (preguntas 6 a 8 del ASSIST) • No, nunca. • Sí, pero no en los últimos tres meses. • Sí, en los últimos tres meses.

La primera es la de información general, en la que se incluye nombre del entrevistador, clínica, número de folio de paciente, entre otros.

La segunda contiene el listado de los psicoactivos a preguntar: el mismo al que tiene acceso el entrevistado en su hoja de apoyo y nos ayuda a tener claro a qué sustancia se refiere el paciente (tabla 2).

En la tercera sección se encuentran las ocho preguntas junto a la zona donde anotaremos el puntaje obtenido en cada pregunta. Las preguntas vienen con un apartado a ser respondido para cada una de las sustancias estudiadas.

3. Hoja de retroalimentación

Por último, la hoja de retroalimentación está destinada para que se la quede el paciente al final de la prueba. Esta hoja tendrá que ser previamente llenada por el entrevistador con los puntajes

finales de cada sustancia y el nivel de riesgo que indica de cada una. Esta hoja también tiene un apartado separado de cada sustancia en el que se enlistan las complicaciones conocidas específicas a la sustancia, con el objetivo de incitar a la reflexión e informar sobre sintomatología que puede ser propia de su padecimiento, para ser tratado correctamente. La tabla 3 es un ejemplo de la hoja de retroalimentación en la sección de uso de cannabis.

APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Consideraciones previas a realizar la prueba

Para maximizar la efectividad y potencia de esta prueba, el profesional debe tomar en cuenta las sensibilidades del entrevistado, demostrar interés en su situación y explicar cuidadosamente los

Tabla 2. Extracto de la primera y segunda sección del formulario impreso del ASSIST v3.1.

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)

Nombre del trabajador clínico _____ Clínica _____
 Identificación o nombre del usuario _____ Fecha _____

Introducción (léasela al usuario o adapte a las circunstancias locales)*

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, ingerir, inhalar o inyectar (muestre la tarjeta de respuestas).

Algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como las anfetaminas, los sedantes, los analgésicos). Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas que **han sido recetadas** por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por **otros** motivos que los recetados, o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, dígamelo.

Aunque también nos interesa conocer las diferentes drogas ilícitas que ha consumido, tenga la seguridad de que esa información será estrictamente confidencial.

Antes de hacer las preguntas, entregue al usuario la tarjeta de respuestas.

PREGUNTA 1 | A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (sólo las que consumió sin receta médica)

a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etcétera.)	No	Sí
b. Bebidas alcohólicas (cervezas, vinos, licores, etcétera.)	No	Sí
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etcétera.)	No	Sí
d. Cocaína (coca, crack, etcétera.)	No	Sí
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etcétera.)	No	Sí
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etcétera.)	No	Sí
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etcétera.)	No	Sí
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etcétera.)	No	Sí
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etcétera.)	No	Sí
j. Otras / especifique: _____	No	Sí

Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?".

Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista.

Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

Tabla 3. Ejemplo de hoja de retroalimentación y de la hoja de efectos del riesgo de consumo de cannabis del ASSIST v3.1

C Cannabis			
Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):			
Bajo ____	Moderado ____	Alto ____	
☐ El consumo regular de cannabis está asociado con:			
☐ Problemas de atención y motivación			
☐ Ansiedad, paranoia, pánico, depresión			
☐ Disminución de la memoria y de la capacidad para resolver problemas			
☐ Presión sanguínea alta			
☐ Asma y bronquitis			
☐ Psicosis, en particular en personas con historial personal o familiar de esquizofrenia			
☐ Enfermedades cardíacas y enfermedad pulmonar obstructiva crónica			
☐ Cáncer de las vías respiratorias superiores y de garganta			

Tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST v3.1			
Nombre del trabajador clínico _____	Fecha de la prueba _____		
Puntuación de consumo de sustancias específicas	Puntuación	Nivel de riesgo	
Cannabis	0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto	

motivos por los que es importante que la prueba que sea respondida con sinceridad. Un trato amable y honesto disminuirá la probabilidad de falsos negativos de manera significativa.

Antes de la entrevista, el personal debe asegurarse de explicar cuáles son las características y los límites de la confidencialidad médico-paciente. Para ello, se aconseja realizar la entrevista en un lugar privado y que los resultados de la prueba sean guardados en el expediente del paciente como parte de este. También es importante decidir el momento indicado para realizar el cuestionario, tratando de evitar hacerlo en episodios de intoxicación o de desregulación emocional, los cuales pudieran actuar como artefactos en el resultado final de la prueba. Una vez decidido el momento y lugar para realizar la entrevista, hay que

asegurar tener todo el material necesario para las preguntas del test.

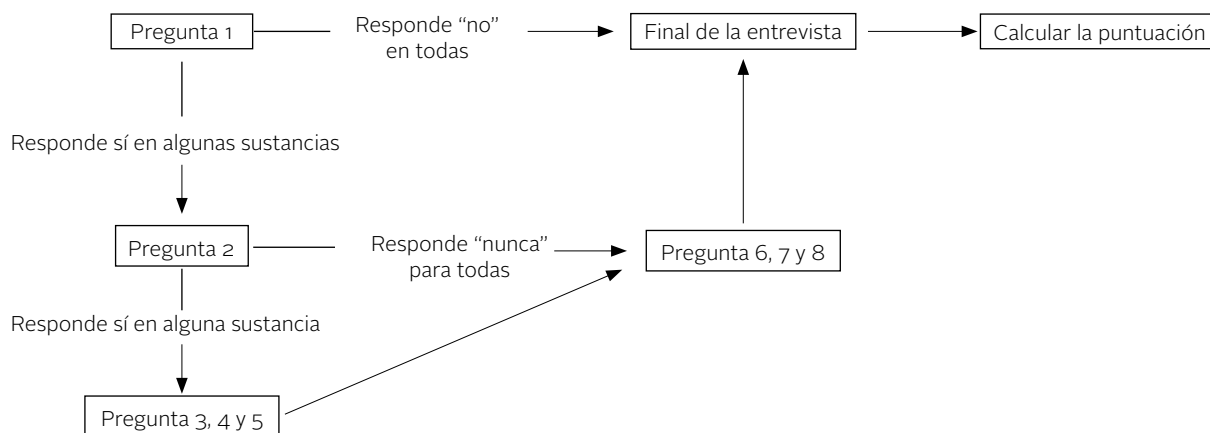
La prueba ASSIST contiene instrucciones para guiar a los entrevistadores durante la entrevista, puesto que no se precisa hacer todas las preguntas para todas las sustancias. La pregunta 1 y 2 son de “filtro”; dependiendo de la respuesta en éstas se determinará cuales sustancias se preguntarán en lo subsecuente, como se muestra en la figura 1.

PREGUNTAS DE LA PRUEBA ASSIST

Pregunta 1: Pregunta tamiz.

P: A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez?

Esta es la pregunta filtro con el objetivo de encontrar si la persona consumió alguna de estas sustancias

Figura 1. Diagrama de flujo para administrar prueba.

Nota: Modificado de *Manual para uso en la atención primaria ASSIST*.
De Humeniuk RE., 2011, p. 24, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

alguna vez en su vida, indiferente de durante cuánto tiempo, hace cuánto tiempo o si llegó a tener algún problema con la sustancia. Esta pregunta debe hacer referencia a cada una de las sustancias nombradas en la prueba, y la respuesta está limitada únicamente a “Sí” y “No”. Ante una respuesta negativa a alguna de las sustancias, el entrevistador puede hacer preguntas de confirmación, tales como “¿ni siquiera cuando iba de fiesta?” o “¿tal vez sólo la probó una vez?”. Todas las preguntas de confirmación se deben hacer con el respectivo cuidado de las sensibilidades del paciente, pues no queremos que sienta que estamos cuestionando la veracidad de su respuesta, sólo que estamos tratando de ayudarlo a recordar.

Pregunta 2: Pregunta de consumo reciente.

P: *En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido la sustancia?*

En esta pregunta pretendemos identificar hábitos de consumición recientes o activos para cada sustancia que el paciente respondió como positivo

en la primera pregunta. Buscaremos también especificar la frecuencia de acuerdo a el cuestionario, variando de “nunca” hasta “diariamente o casi diariamente”.

Si el entrevistado muestra dificultad eligiendo entre las diferentes respuestas recuerde referirlo a la hoja de apoyo, la cual puede consultar para aclarar sus dudas. Las preguntas 3, 4 y 5 sólo se las interroga sobre las sustancias que el paciente no respondió en esta pregunta con “nunca”.

Pregunta 3: Ansias para consumir.

P: *En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido fuertes deseos o ansias de consumir?*

Esta pregunta busca indagar posible patrón de dependencia de la sustancia. Es importante hacer una diferencia entre la frecuencia de uso, la cual se preguntó en la pregunta 2, con la frecuencia en la que ha sentido un fuerte deseo de utilizar la sustancia.

Es importante tomar en cuenta que esta pregunta busca únicamente deseos fuertes de consumir, no leves o pasajeros,

Tabla 5. Extracto de hoja de Formulario de prueba ASSIST.

Pregunta 2 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etcétera.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etcétera.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etcétera.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etcétera.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, crack, etcétera.)	0	2	3	4	6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etcétera.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etcétera.)	0	2	3	4	6
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etcétera.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etcétera.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etcétera.)	0	2	3	4	6
j. Otras, especifique: _____	0	2	3	4	6

tampoco considera el deseo de consumir asociado a la oportunidad.

Pregunta 4: Problemas sociales, de salud o económicos.

P: *En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (sustancia) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?*

Con esta pregunta buscamos determinar si su consumo está afectando negativamente diferentes esferas de su vida y con qué frecuencia. Es probable que el paciente necesite ayuda en asociar los problemas con su dependencia. Se debe ayudarle con ejemplos específicos de cada sustancia, también se debe indagar un poco sobre sus problemas en las diversas esferas de su vida y posteriormente preguntarle sobre la posibilidad de que estos problemas estén vinculados al uso de sustancias.

Es importante que el entrevistador conozca los problemas de salud frecuentemente asociados con cada sustancia, puesto que sin la guía adecuada la pregunta tendrá una tendencia a infravalorar el puntaje y la severidad del uso de la sustancia.

Pregunta 5: Incumplimiento de responsabilidades.

P: *En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (sustancia)?*

Esta vez buscamos indagar la frecuencia con la que el paciente no realiza sus responsabilidades a consecuencia del consumo de la sustancia. En esta pregunta, el consumo se refiere a que se encuentra en estado de intoxicación o de abstinencia, por las ansias de consumir o incluso por el tiempo y energía que utiliza para poder encontrar, comprar o consumir la sustancia.

En esta pregunta no se puntúa al tabaco ya que difícilmente puede causar este tipo de incumplimiento de deberes. Se debe ayudar al paciente con ejemplos o preguntas subsecuentes para que pueda encontrar dicha asociación: el entrevistador puede nombrar compromisos familiares, de trabajo o sociales con el objetivo de que el paciente comprenda adecuadamente la pregunta.

Personas sumamente dependientes pueden ya no tener algún tipo de obligación como las que comentamos en los ejemplos. En esos casos se puede pesquisar sobre obligaciones más sencillas como el aseo personal, de su hogar o reformular la pregunta cómo podría ser: “si usted tuviera una familia o un trabajo, ¿podría cumplir con sus obligaciones hacia ellos?”.

Pregunta 6: Preocupación de otros.

P: *¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (sustancia)?*

Con la pregunta 6 buscamos averiguar el nivel de preocupación de las personas que rodean a paciente con el objetivo de utilizarlo como otro punto de referencia del grado en el que el uso de la sustancia está afectando el diario vivir del paciente. Esta preocupación pueden ser tanto discusiones y quejas como consejos, intento de intervenciones o signos de preocupación.

Esta pregunta, a diferencia de las anteriores, no busca la frecuencia del suceso; en cambio, busca diferenciar si se demostró preocupación o no y, si éste fue el caso, si fue en los últimos tres meses o no. La prueba pondera mayor severidad si ocurrió hace menos de tres meses.

Pregunta 7: Intentos fallidos de dejar de consumir.

P: *¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (sustancia)?*

Al preguntar sobre intentos previos de abandonar el uso de la sustancia estamos interrogando sobre un factor de gravedad muy bien conocido y estudiado, puesto que, si el entrevistado tuvo intentos fallidos, eso denota una significativa dificultad de su parte para el abandono de la sustancia. Al igual que con la anterior pregunta, lo que nos interesa saber no es la cantidad de intentos sino si éstos fueron consumados hace menos de tres meses o no.

Pregunta 8: Uso de sustancias psicoactivas inyectadas.

P: *¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada (para uso no médico)?*

La de vía inyectable para uso de sustancias recreacionales es una variable tan importante que amerita el separarla a su propia pregunta. La utilización de vía parenteral también está relacionada con aumento de riesgo de infecciones, entre ellas el VIH, con sobredosis accidentales, ya sean fatales o no fatales, y el riesgo de cuadros psicóticos.

La puntuación de esta pregunta no es tomada en cuenta en la suma final, y tiene su propio algoritmo diagnóstico. Independientemente de las anteriores preguntas, si el entrevistado responde que utilizó sustancias por esta vía en los últimos tres meses, se debe pesquisar si se ha inyectado una vez a la semana o menos de tres días seguidos o si su patrón consiste en inyectables más de una vez por semana o tres días consecutivos. Si su patrón es de menos de una vez a la semana entonces se daría una intervención breve, incluyendo la información de la tarjeta “riesgos asociados con inyectarse”; sin embargo, si su patrón de consumo es mayor, se recomienda una mayor evaluación y tratamiento intensivo por un servicio especializado. Independiente de su patrón de consumo, es recomendado solicitar una prueba de VIH, hepatitis B y C.

Tabla 6. Extracto de tarjeta de retroalimentación, podemos apreciar los diferentes puntajes y severidad

	Registrar la puntuación para cada sustancia	No requiere intervención	Recibir intervención breve	Tratamiento más intensivo
a. Tabaco		0-3	4-26	27+
b. Alcohol		0-10	11-26	27+
c. Cannabis		0-3	4-26	27+
d. Cocaína		0-3	4-26	27+
e. Estimulantes de tipo anfetamina		0-3	4-26	27+
f. Inhalantes		0-3	4-26	27+
g. Sedantes		0-3	4-26	27+
h. Alucinógenos		0-3	4-26	27+
i. Opiáceos		0-3	4-26	27+
j. Otras drogas		0-3	4-26	27+

Puntuación del cuestionario ASSIST

Una vez finalizadas las preguntas, lo único que falta es sumar el puntaje de cada sustancia por separado y calcular su puntaje total, permitiéndonos dividir el riesgo del uso de cada sustancia en riesgo bajo, moderado y alto, considerando de 0-3 puntos bajo, de 4-26 moderado y más de 27 riesgo alto, exceptuando el alcohol, que por su carácter de consumo social requiere 11 puntos para considerarse riesgo moderado: menos de ello, sigue siendo leve.

Estos resultados, tanto la puntuación como el nivel de riesgo, serán anotados en la tarjeta de reporte de retroalimentación, con la cual se puede educar al paciente al proporcionarle una figura más cuantitativa de la severidad de su consumo y las posibles consecuencias que éste puede traer (ver tabla 6).

De acuerdo al nivel de riesgo y de la sustancia, se proponen diferentes acercamientos al problema: desde una intervención breve de 15 minutos al

final de la entrevista, hasta tratamiento especializado en una clínica capacitada.

Finalización del cuestionario

A diferencia de otras pruebas en donde sólo se brinda una puntaje o categoría, con la ASSIST se abre la oportunidad de que el propio entrevistado se dé cuenta de los posibles riesgos derivados de su consumo. La versión de la ASSIST disponible de forma gratuita en el campus virtual de salud pública de la Organización Panamericana de la Salud, está diseñada para que, una vez identificados los riesgos, se realicen acciones a partir de su gravedad. Para las personas que utilicen múltiples sustancias psicoactivas se deberá tipificar y explicar el nivel de riesgo para cada sustancia en individual y hacer principal énfasis sobre la sustancia que haya sido clasificada con el riesgo más alto y/o esté causando más problemas.

Si el consumo de determinada sustancia es clasificado dentro del riesgo bajo, se

realizará una retroalimentación sobre lo que significa su puntaje y se brindará información impresa con el propósito de aumentar el nivel de conocimiento sobre el tema, lo cual ha demostrado ser una medida preventiva *per se*. La retroalimentación se considera el cierre de la aplicación de la prueba y el inicio de la intervención; esta última puede ser realizada por otro profesional y en otro tiempo y lugar. Si el consumo se encuentra en un riesgo moderado, además de la retroalimentación, será necesaria una intervención breve, y finalmente, si es clasificado dentro de un riesgo alto, además de lo anterior se realizará una derivación hacia centros especializados.

La intervención breve vinculada a la ASSIST permite ampliar la base de tratamiento combinando la detección temprana y estrategias de salud pública. Estas intervenciones están enfocadas en favorecer el proceso de cambio de conducta en usuarios de sustancias psicoactivas. Los fundamentos teóricos de la intervención breve se basan primero, en el modelo transteórico que esquematiza las diferentes etapas que experimenta una persona para cambiar una conducta y, segundo, en la teoría motivacional que plantea que la motivación es un estado de disponibilidad de cambio y que este

estado puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra. Las técnicas más utilizadas en la intervención breve son: retroalimentación, responsabilidad, aconsejar, menú de opciones, empatía, autoeficacia, escucha reflexiva y resumen.

Conclusiones

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), con desarrollo y validez internacional por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una herramienta concisa, accesible y de eficacia demostrada para la detección temprana de personas con patrones perjudiciales de consumo de varias sustancias, desde el primer nivel de atención. También resulta útil en la población en la que no se identifiquen problemas por consumo, permitiendo reforzar de forma positiva sus hábitos actuales de bajo riesgo para trastorno por uso de sustancias, como medida de prevención. Favorece el inicio de una intervención oportuna y un abordaje integral, mejorando el pronóstico de los usuarios de los distintos niveles y servicios de salud, donde también se ha mostrado beneficiosa, por lo que el conocimiento de su estructura y forma de aplicación en la práctica clínica es de gran relevancia.

LECTURAS RECOMENDADAS

- ALMEIDA MF, FERREIRA FF, MARTINS MA & FERREIRA M JR. (2017). Alcohol and tobacco use and the diseases treated in general practice. *Revista da Associacao Medica Brasileira*, 63 (5): 452-458. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.05.452>.
- ASSANANGKORNCHAI S, BALTHIP Q, EDWARDS JG & ASSISTANCE OF THE ASSIST-SBI DEVELOPMENT CO-INVESTIGATORS. (2014). Implementing the Alcohol, Smoking, Substance Involvement Screening Test and linked brief intervention service in primary care in Thailand. *Journal of public health*, 36(3): 443-449. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu011>.
- ASSANANGKORNCHAI S, NIMA P, MCNEIL EB & EDWARDS JG. (2015). Comparative trial of the WHO ASSIST-linked brief intervention and simple advice for substance abuse in primary care. *Asian journal of psychiatry*, 18: 75-80. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.09.003>.
- BORGES G & LOERA CR. (2010). Alcohol and drug use in suicidal behaviour. *Current opinion in psychiatry*, 23 (3): 195-204. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283386322>.
- BORGES G, BAGGE CL, CHERPITEL CJ, CONNER KR, OROZCO R & ROSSOW I. (2017). A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychological medicine*, 47 (5): 949-957. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002841>.
- CAMPOLLO O, MARTÍNEZ MD, VALENCIA JJ & SEGURA-ORTEGA J. (2001). Drinking patterns and beverage preferences of liver cirrhosis patients in Mexico. *Substance use & misuse*, 36(3): 387-398. <https://doi.org/10.1081/ja-100102632>.
- GRYCZYNSKI J, KELLY SM, MITCHELL SG, KIRK O, O'GRADY KE & SCHWARTZ RP. (2015). Validation and performance of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) among adolescent primary care patients. *Addiction*, 110(2): 240-247. <https://doi.org/10.1111/add.12767>.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA. (2013). *Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2011*. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825047436>.
- MCHUGH RK & WEISS RD. (2019). Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. *Alcohol research: current reviews*, 40 (1): arcr.v40.1.01. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.01>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria*. Recuperado de https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2011A). *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo problemático de sustancias - Manual para uso en la atención primaria*. Recuperado de https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_intervention_spanish.pdf?ua=1.
- ROMAN S, ZEPEDA-CARRILLO EA, MORENO-LUNA LE & PANDURO A. (2013). Alcoholism and liver disease in Mexico: genetic and environmental factors. *World journal of gastroenterology*, 19(44): 7972-7982. <https://doi.org/10.3748/wjg.v19.i44.7972>.
- RUBIO VALLDOLID G, MARTÍNEZ-RAGA J, MARTÍNEZ-GRAS I, PONCE ALFARO G, DE LA CRUZ BÉRTOLO J, JURADO BARBA R, RIGABERT SÁNCHEZ-JUNCO A & ZARCO MONTEJO J. (2014). Validation of the Spanish version of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Psicothema*, 26(2): 180-185. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.172>.
- STRUNIN ., DÍAZ-MARTÍNEZ LR, DÍAZ-MARTÍNEZ A, HEEREN T, WINTER M, KURANZ S, HERNÁNDEZ-ÁVILA CA, FERNÁNDEZ-VARELA H & SOLÍS-TORRES C. (2015). Drinking patterns and victimization among male and female students in Mexico. *Alcohol and alcoholism*, 50(2): 226-235. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agu092>.
- STRUNIN L, DÍAZ-MARTÍNEZ A, DÍAZ-MARTÍNEZ LR, KURANZ S, HERNÁNDEZ-ÁVILA C & FERNÁNDEZ-VARELA H. (2015). Changes in alcohol use among first year university students in Mexico. *Substance use & misuse*, 50 (1): 106-113. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.960591>.

- TIBURCIO SAINZ M, ROSETE-MOHEDANO MG, NATERA REY G, MARTÍNEZ VÉLEZ NA, CARREÑO GARCÍA S & PÉREZ CISNEROS D. (2016).** Validity and Reliability of the Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in University Students. *Adicciones*, 28(1): 19-27. <https://doi.org/10.20882/adicciones.786>.
- VAN DER WESTHUIZEN C, WYATT G, WILLIAMS JK, STEIN DJ & SORSDAHL K. (2016).** Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test in a low-and middle-income country cross-sectional emergency centre study. *Drug and alcohol review*, 35(6): 702-709. <https://doi.org/10.1111/dar.12424>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2010).** *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44395/9789241599931_eng.pdf?sequence=1.

Precisión diagnóstica del SCL-90 para trastornos ansiosos en consumidores de sustancias de abuso

Luis Villalobos-Gallegos¹
Rodrigo Marín Navarrete²

RESUMEN

La falta de diagnóstico oportuno en la coocurrencia de trastornos mentales y adictivos complica considerablemente el pronóstico y el éxito de tratamiento.

El objetivo de este estudio fue analizar las propiedades diagnósticas de dos de las subescalas de SCL-90 (ANS y FOB) para la detección de trastornos de ansiedad en personas que reciben atención en centros residenciales. Se realizó un análisis secundario de datos, con 570 participantes de centros residenciales de cinco estados. Dentro de la batería aplicada se analizaron los datos de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (la cual fue utilizada como estándar de oro), y la Lista de Cotejo de Síntomas 90. Se analizaron las características receptivas de operador para obtener la sensibilidad y especificidad de varios puntos de corte de ANS y FOB. Se encontró que el área bajo la curva de la subescala ANS fue de .747 para cualquier trastorno de ansiedad. Para la subescala FOB, el área bajo la curva fue de .697 para cualquier trastorno de ansiedad. Se encontró que el punto corte con más precisión para cualquier trastorno

de ansiedad fue 2.0 para ANS (.77 IC 95% .74-.81) y 2.8 para FOB (.78 IC 95% .74-.81). Ambas subescalas presentaron una precisión diagnóstica regular. Resulta necesario evaluar otros métodos que permitan una aproximación diagnóstica más precisa en esta población de pacientes.

PALABRAS CLAVE: Patología dual, curvas ROC, trastornos de ansiedad.

INTRODUCCIÓN

Varios estudios han subrayado la elevada prevalencia de trastornos mentales coocurrentes en personas que reciben tratamiento de adicciones, y que más del 60% cumple con criterios diagnósticos para más de un trastorno coocurrente en los últimos 30 días y hasta un 80% a lo largo de la vida, donde los trastornos externalizados son los más frecuentes seguidos de los internalizados, como los trastornos de la ansiedad (Marín-Navarrete *et al.*, 2013; Arias *et al.*, 2013; Marín-Navarrete *et al.*, 2020). Debido a que es

1. Facultad de Medicina y Psicología. Universidad Autónoma de Baja California-Tijuana.
2. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".

inusual encontrar individuos en entornos clínicos que presenten una sola dimensión del problema, la coocurrencia entre TCS y otros trastornos mentales es la regla y no la excepción (Marín-Navarrete, Szerman & Ruiz, 2020).

Asimismo, se sabe que cuando los pacientes no son diagnosticados oportunamente y tratados de forma integral, se complica considerablemente el pronóstico y el éxito de tratamiento, esto sumado a que ambas dimensiones (adictiva y psiquiátrica) generan un efecto sinérgico que incrementa la gravedad de la expresión psicopatológica (Marín-Navarrete, Szerman & Ruiz, 2020), de tal forma que este fenómeno en los últimos 30 años se ha convertido en un tema prioritario de estudio e investigación, conocido también como patología dual (PD).

Patología dual y trastornos de ansiedad

Estudios epidemiológicos reportan una elevada asociación entre los distintos trastornos de ansiedad y los TCS (Merikangas *et al.*, 1998). Se estima que cerca del 24% de pacientes con trastornos de ansiedad ha presentado a lo largo de la vida algún TCS coocurrente (Regier *et al.*, 1990). Otros estudios reportan de forma más específica que la coocurrencia entre el trastorno de pánico y TCS se incrementa hasta en 37.7% con una probabilidad aumentada de 3.1 veces más en comparación con quienes no presentan TCS (Kessler *et al.*, 2006). En relación al trastorno de ansiedad generalizada, se estima que aumenta hasta 9.5 veces la probabilidad de TCS, y hasta 11.2 veces para el trastorno por consumo de alcohol específicamente (Simon, 2009).

Detección de la patología dual

Aunque existe literatura sobre el tratamiento de la PD, son pocas las investigaciones sobre la confiabilidad de

las estrategias e instrumentos para la detección (tamizaje/cribado) de estos pacientes. Por ello, existe la necesidad de desarrollar, adaptar e implementar instrumentos y procedimientos estandarizados para la detección y evaluación de PD en personas que buscan tratamiento, y así ubicar al paciente en el mejor programa de tratamiento disponible conforme a sus necesidades específicas (SAMHSA & CSAT, 2005; 2006).

Los instrumentos o escalas de autorreporte pueden ser una herramienta breve, confiable, práctica y fácil de implementar, siempre y cuando cuenten con validación demostrable empíricamente (SAMHSA & CSAT, 2006). En el campo de la salud mental, este tipo de instrumentos se pueden utilizar para medir aspectos específicos de la psicopatología, recopilando información sobre los estados mentales de los pacientes en una variedad de entornos de atención médica, como atención primaria o centros especializados de tratamiento de adicciones. Una ventaja de este tipo de instrumentos es que se pueden aplicar en poco tiempo y no requieren una formación especial para su administración (SAMHSA & CSAT, 2006).

Una de las escalas más utilizadas en la actualidad para evaluar síntomas psiquiátricos es el *Symptom Check List* (SCL-90) (Derogatis & Cleary, 1977). En México se han realizado estudios para conocer sus propiedades psicométricas; sin embargo, se desconoce su nivel de precisión diagnóstica para trastornos de ansiedad en personas con trastornos por consumo de sustancias.

El objetivo del presente estudio es presentar un análisis secundario para evaluar la precisión diagnóstica de las subescalas ansiedad (ANS) y ansiedad fóbica (FOB) del listado de 90 síntomas (SCL-90) en una muestra de pacientes con trastornos por consumo de sustancias que

se encontraban recibiendo tratamiento residencial.

MÉTODO

Este estudio es un análisis secundario de un proyecto de investigación realizado por la Unidad Ensayos Clínicos en Adicciones y Salud Mental del Instituto Nacional de Psiquiatría de México (UEC-INPRFM), que tuvo por objetivo determinar la prevalencia de la patología dual en pacientes de 30 Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de Adicciones (CRAMAA) de cinco estados de la República mexicana (Estado de México, Puebla, Querétaro, Hidalgo y Ciudad de México) (Marín-Navarrete *et al.*, 2016)

Participantes

Los criterios de inclusión fueron: edad entre 18 y 60 años; capacidad para leer y escribir; respaldar criterios de diagnóstico para cualquier TCS (excluyendo el trastorno por consumo de nicotina), y tener al menos una semana de abstinencia. Los criterios de exclusión fueron: respaldar síntomas de psicosis, manía, hipomanía o deterioro cognitivo en el cribado.

Medidas de resultados

El SCL-90-R es un cuestionario multidimensional de 90 ítems diseñado para evaluar una amplia gama de problemas psicológicos clasificada en una escala Likert de cinco puntos de “angustia psicológica”, que va desde “nada” (0) a “extremadamente” (4). Posteriormente, las respuestas se combinan en nueve dimensiones de síntomas primarios: somatización, obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ira-hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoica y psicoticismo. Además, tres índices globales proporcionan medidas de angustia psicológica general: el índice de

gravedad global (GSI), el síntoma positivo total (PST) y el síntoma positivo (PS) (Derogatis & Cleary, 1977; Cruz-Fuentes *et al.*, 2005)

Como estándar de oro se empleó al MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional en español (MINI 5.0) (Bobes *et al.*, 1997): una entrevista de diagnóstico estructurada que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I en el DSM-IV y la ICD-10 (Sheehan *et al.*, 1997). Se han demostrado puntajes de validez y confiabilidad aceptables y además se puede administrar en un período mucho más corto frente a otros instrumentos de evaluación diagnóstica.

Procedimientos

Todos los sujetos fueron reclutados por participación voluntaria en cada centro y se evaluó su elegibilidad utilizando el MINI Examen del Estado Mental (MMSE) en español para deterioro cognitivo y la MINI 5 para evaluar los trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos mentales, además de emplearse como “estándar de oro” para el diagnóstico de trastornos de ansiedad del presente análisis secundario. El SCL-90-R se administró a todos los participantes elegibles. Para más información sobre los procedimientos del estudio original, consultar Marín-Navarrete *et al.*, 2016.

Consideraciones éticas

Todos los procedimientos de protocolo, formularios de consentimiento informado, de evaluación, y materiales de reclutamiento de pacientes fueron aprobados por el Comité de Investigación en Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

Manejo de datos y análisis estadístico

De un total de 601 participantes del estudio original, para el presente análisis

secundario sólo se incluyeron a los que contaran con datos completos sobre: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático y fobia social, y SCL-90 (n=570).

En relación con el análisis estadístico, se planteó un análisis de características operativas del receptor (también conocido como curvas ROC) para determinar la precisión diagnóstica, para lo que se utilizó el paquete estadístico R versión 4.0.2 utilizando los paquetes ROCR y epiR.

RESULTADOS

El presente análisis secundario se realizó con una muestra de 570 participantes del estudio original, de los cuales el 88.1% fueron hombres y el 11.9%, mujeres. Asimismo, más de 60% presentó PD, donde el trastorno de ansiedad generalizada (GAD) (10%) fue la más prevalente, seguida de la fobia social (FS) (9.8%) y el trastorno estrés postraumático (TEP) (9.2%).

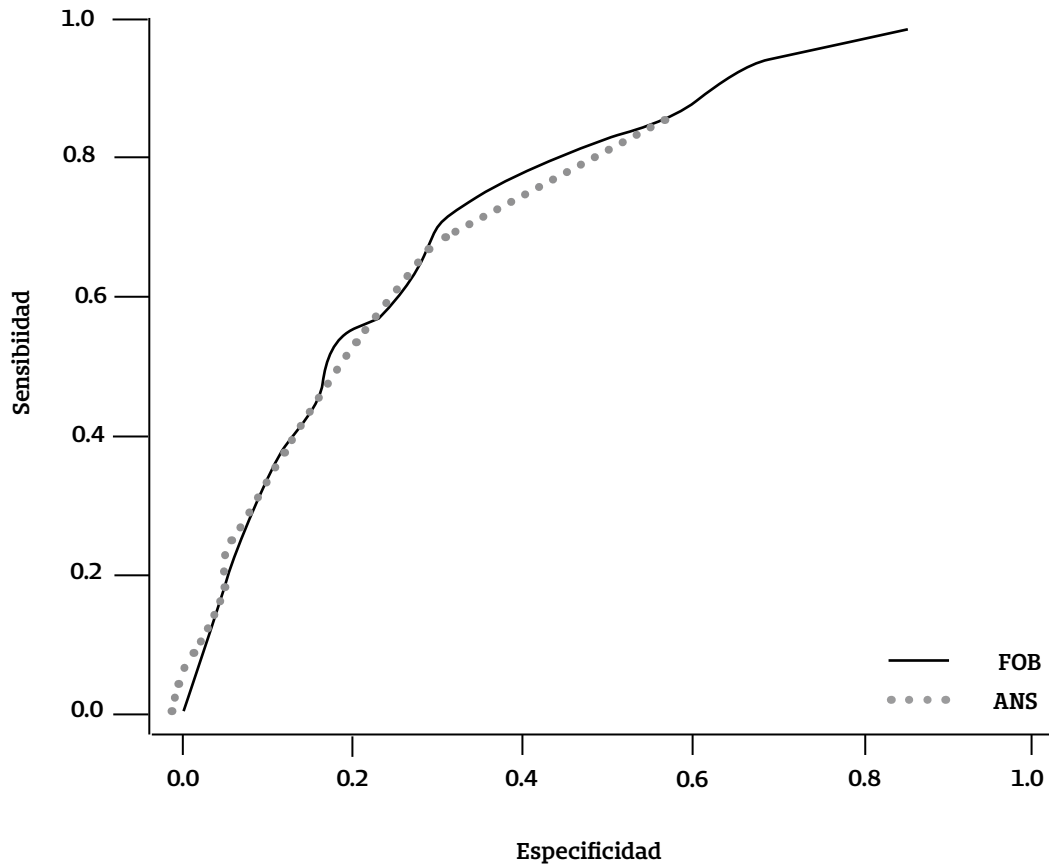
Al comparar las medias entre los participantes con PD y sin PD, se encontraron diferencias significativas en todas las subescalas del SCL-90. En particular las subescalas de fobia social (FOB) [$B = .330$ (.052), $p < .05$], ansiedad generalizada (ANS) [$B = .559$ (.058), $p < .05$] y obsesión/compulsión (OC) [$B = .533$ (.060), $p < .05$] se presentaron asociaciones importantes en coeficiente no estandarizado y ajustado por edad y sexo.

Asimismo, se encontró que el área bajo la curva de la subescala ANS fue de .747 para cualquier trastorno de ansiedad, de .700 para trastorno de ansiedad generalizada, de .776 para trastorno por estrés postraumático y de .702 para fobia social. En cuanto a la escala FOB, se obtuvieron resultados del análisis de área bajo la curva de .697 para cualquier trastorno de ansiedad, de .642 para trastorno de ansiedad generalizada, de .735 para trastorno por estrés postraumático y de .690 para fobia social. Se encontró que los puntos de corte con más precisión para cualquier trastorno de ansiedad fueron 2.0 para ANS (con una precisión de .77 IC 95% .74-.81) y 2.8 para FOB (con una precisión de .78 IC 95% .74-.81) (ver figura 1).

CONCLUSIÓN

La escala ANS obtuvo generalmente mejores puntajes que la subescala FOB para cualquier trastorno de ansiedad, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático y fobia social. Por otra parte, ambas subescalas presentaron una precisión diagnóstica regular; lo anterior indica que resulta necesario evaluar otros métodos que permitan una aproximación diagnóstica más precisa en esta población de pacientes.

Entre las limitaciones del estudio podemos considerar que existía un número muy pequeño de mujeres, lo cual no permitió un análisis por sexo de las diferencias en precisión diagnóstica.

Figura 1. Características operativas del receptor para los modelos evaluados

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés alguno.

Financiamiento

RM-N recibió un financiamiento por el Departamento de Estado de los EE.UU. (Grant No. SINLEC11GR0015) para la realización del estudio original. Las opiniones, hallazgos y conclusiones aquí presentadas son las de los autores y no de la institución financiadora.

REFERENCIAS

- ARIAS F, SZERMAN N, VEGA P, MESIAS B, BASURTE I, MORANT C & BABÍN F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25(2): 118-127. doi:10.20882/adicciones.59
- BOBES J, GUTIERREZ M, PALAO D, FERRANDO L, GIBERT-RAHOLA J & LECRUBIER Y. (1997). Validez del MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) en tres centros de AP en España. *Psqi Biol* 4(2): 79.
- CRUZ-FUENTES CS, LÓPEZ-BELLO L, BLAS-GRACIA C, GONZALEZ-MACÍAS L & CHÁVEZ-BALDERAS RA. (2005). Datos sobre la validez y la confiabilidad de la Symptom Check List (SCL-90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28(1): 72-81.
- DEROGATIS LR & CLEARY PA. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33 (4): 981-989.
- MARÍN-NAVARRETE R, BENJET C, BORGES G, ELIOSA-HERNÁNDEZ A, NANNI-ALVARADO R, AYALA-LEDESMA M ET AL. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Mental*, 36 (6): 471-479. doi:10.17711/SM.0185-3325.2013.057.
- MARÍN-NAVARRETE R, FERNÁNDEZ-CASARES C, MADRIGAL DE LEÓN E, SÁNCHEZ-HUESCA R, DÍAZ-NEGRET B, RODRÍGUEZ-KURI S, SÁNCHEZ-DOMÍNGUEZ R, PÉREZ-LÓPEZ A, HERNÁNDEZ D & SZERMAN N. (2020). Dual Disorders characterization in treatment-seekers from Mexican outpatient centers. *Actas Españolas de Psiquiatría*. In press.
- MARÍN-NAVARRETE R, MEDINA-MORA ME, HORIGIAN VE, SALLOUM IM, VILLALOBOS-GALLEGOS L & FERNÁNDEZ-MONDRAGÓN, J. (2016). Co-Occurring Disorders: A Challenge for Mexican Community-Based Residential Care Facilities for Substance Use. *Journal of Dual Diagnosis*, 12 (3-4): 261-270. doi:10.1080/15504263.2016.1220207.
- MARÍN-NAVARRETE R, SZERMAN N & RUIZ, P. (2020). Cap 1. Conceptos Básicos sobre Patología Dual. En R. Marín-Navarrete, N. Szerman, P. Ruiz (Eds.), *Monografía sobre patología dual: Co-ocurrencia entre trastornos por usos de sustancias y otros trastornos psiquiátricos*, (pp. 13-20). México: APM Ediciones. ISBN: 978-607-8646-32-6.
- MERIKANGAS KR, MEHTA RL, MOLNAR BE, WALTERS EE, SWENDSEN JD, AGUILAR-GAZIOLA S ET AL. (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive Behaviors*, 23(6), 893-907. doi:S0306-4603(98)00076-8.
- REGIER DAA, FARMER ME., RAE DS, LOCKE BZ, KEITH SJ, JUDD LL & GOODWIN FK. (1990). Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse: Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *The Journal of the American Medical Association*, 264(19): 2511. doi:10.1001/jama.1990.03450190043026.
- SHEEHAN DV, LECRUBIER Y, SHEEHAN KH, JANAVS J, WEILLER E, KESKINER A ET AL. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12 (5): 232-241. doi:10.1016/S0924-9338(97)83297-X.
- SIMON NM. (2009). Generalized anxiety disorder and psychiatric comorbidities such as depression, bipolar disorder, and substance abuse. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70 (2): 10-14. doi:10.4088/JCP.s.7002.02.
- SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAHMSA) & CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT (CSAT). (2005). Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occurring Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 42. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. DHHS Publication No. (SMA), 05-3922.
- SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA) & CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT (CSAT). (2006). Screening, Assessment, and Treatment Planning for Persons With Co-Occurring Disorders. COCE Overview Paper 2. DHHS Publication No. (SMA), 06-4164.

Estrategias terapéuticas para el tratamiento del comportamiento adictivo desde el Modelo ACT y *Mindfulness*

Mtra. Lorena Nayeli Pérez Siordia •

La vida no se pierde al morir
La vida se pierde minuto a minuto
En cada día que se arrastra hasta el siguiente
En todos los pequeños hábitos descuidados.

STEPHEN VINCENT BENET

43

El abuso de sustancias no es un fenómeno reciente; su frecuencia ha crecido de manera exponencial en las últimas décadas. Esto es especialmente notorio para nuestro país, donde el consumo de sustancias legales —particularmente el alcohol y tabaco— e ilegales es mucho mayor hoy que hace tres décadas, así como el avance de las adicciones catalogadas como comportamentales: apuestas deportivas, compras, máquinas tragamonedas, videojuegos, sexo, entre otras.

La adicción es considerada por muchas personas (incluyendo a quienes se identifican a sí mismos como “adictos”) como un problema moral que merece castigo. En la llamada “guerra contra las drogas” los consumidores de drogas ilegales son enviados, como consecuencia de su comportamiento adictivo (en algunos casos), a prisión como “castigo” a su conducta inmoral e ilegal, lo cual forma parte del enfoque aversivo de “solución” al “problema”. Los “adictos” a menudo son considerados como los responsables de su “hábito nocivo” de consumo continuado de drogas. Generalmente, sienten gran culpabilidad y vergüenza por su consumo y/o comportamiento, lo que hace poco probable que busquen tratamiento de forma voluntaria por su miedo a ser rechazados y castigados. Muchos de ellos terminan forzados a buscarse un tratamiento por regla general como consecuencia de una “intervención” polémica por parte de familiares y amigos, o en internamientos forzosos y/o encarcelados como

consecuencia de algún delito relacionado con las drogas o problemas secundarios. Tales consecuencias no hacen sino aumentar su propio estigma y vergüenza (Alan Marlatt, 2013).

Entender el comportamiento adictivo, como cualquier otra conducta compleja del repertorio humano, es desde la perspectiva funcional-contextual como resultado de la combinación de factores de control funcional presentes en un momento dado y que lo son por el cúmulo de interacciones a lo largo de la historia de la persona en cuestión. Ese conjunto de interacciones nos permite saber por qué se consume en ocasiones sin aparente razón, por qué la necesidad de consumir se presenta sin esperarse, por qué surge la tristeza o la angustia y se busca sentirse mejor, por qué después de consumir surgen los sentimientos de culpa y de inferioridad o superioridad, entre otros. Permite entender por qué hay personas que se dejan llevar por el malestar o el impulso —*craving*— para eliminarlos. Explica, de la misma forma, por qué otras personas pueden convivir con el malestar y/o con las ganas de consumir sin caer en la necesidad de sentirse bien de inmediato y, por tanto, sin tener que escapar de tales sensaciones y pensamientos.

Sabemos que las drogas (sustancias o comportamientos adictivos) cumplen un papel funcional como reforzadores positivos y/o negativos por sus propias características (Gil Roales-Nieto, 1996; Golberd & Stolerman, 1986). Se sabe que el uso de sustancias se vincula estrechamente con el reforzamiento implicado en la regulación cognitiva y emocional. Se ha encontrado que las emociones negativas derivadas del abandono del consumo son predictores potentes de las recaídas, incluso más que la dependencia fisiológica o la historia de exposición a la sustancia (Kenford

et al., 2002). También se ha identificado cuáles medidas de aceptación y evitación de las emociones se correlacionan con menor o mayor abuso (Forsyth, Parker & Finlay, 2003). Estos datos han llevado a plantear que las contingencias a la base del comportamiento adictivo se verifican como estrategia de evitación experiencial, en donde se conjugan contingencias de reforzamiento negativo y positivo.

En el contexto del comportamiento adictivo, la ACT (terapia de aceptación y compromiso) ha probado su eficiencia con un rango diverso de condiciones clínicas: depresión, desorden obsesivo-compulsivo, estrés laboral, dolor crónico, estrés en el cáncer terminal, desorden de estrés postraumático, anorexia, abuso de heroína, abuso de marihuana e incluso en la esquizofrenia (Zettle & Raines, 1989; Twohig, Hayes & Masuda, 2006; Bond & Bunce, 2000; Dahl, Wilson & Nilsson, 2004; Branstetter, Wilson, Hildebrandt & Mutch, 2004). En el presente artículo se mostrarán de manera sencilla y general algunas estrategias terapéuticas diseñadas para el abordaje del TEE.

El TEE es un tipo de regulación del comportamiento que consiste en la necesidad inflexible de actuar para no entrar en contacto con el malestar o para escaparse de él, resultando que tal malestar se extiende, e incluso se intensifica, y lo más importante es que conduce a una limitación en hacer la vida que uno quiere (por eso se califica como un patrón “destructivo”). Dicho de otro modo, es un tipo de regulación que pone a la persona “contra las cuerdas” porque no proporciona vitalidad, sino que finalmente la envuelve en un sufrimiento en el que resulta cada vez más atrapada. El resultado a la larga es una gran insatisfacción personal, que además afecta significativamente a las personas que rodean al consumidor. (Hayes, Wilson,

Gifford, Follette & Strosahl, 1996; Luciano & Hayes, 2001; Törneke, Luciano & Valdivia-Salas, 2007; Wilson, Hayes, Gregg & Zettle, 2001).

¿QUÉ HACER DESDE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)?

La ACT utiliza el acrónimo en inglés y sirve para mostrar lo esencial: actuar en dirección. Se diseñó específicamente para el abordaje del TEE. La terapia de aceptación y compromiso se ha venido desarrollando a lo largo de las tres últimas décadas; el modelo sienta sus bases en el contextualismo funcional y en la teoría del marco relacional (RFT) para entender y explicar las diversas problemáticas humanas. En esa línea se propone la flexibilidad psicológica como modelo unificado del funcionamiento humano. Esto significa que, desde su planteamiento, para comprender cualquier evento es imprescindible situarlo en su propio contexto y tener en cuenta su historia. (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

Como alternativa a la evitación experiencial —a los intentos de regulación cognitiva y emocional para poder vivir— ACT plantea la aceptación psicológica, es decir, es estar dispuesto a notar, a contactar, a sentir y pensar lo que se presente, en cada momento y de acuerdo a las circunstancias actuales según la historia personal: estar dispuesto a aceptar las sensaciones y pensamientos problemáticos, siempre y cuando esté en relación con cosas valiosas para la persona.

En ACT, el cambio de los eventos privados aversivos (por ejemplo, eliminar la angustia de ser incapaz) no es el objetivo primario, como sí lo sería desde el modelo cognitivo tradicional o las terapias denominadas “de segunda generación” (Hayes, 2004). El objetivo esencial es alterar su función, cambiando el contexto

en el que dichos eventos privados ocurren. En otras palabras, ACT se dirige a romper la reacción ineficaz, socialmente establecida en la historia personal, entre lo que se piensa, lo que se siente y lo que se hace. Se promueve una actuación ajustada a lo que las condiciones demandan según lo que la persona valore para su vida. El resultado es una respuesta a los eventos privados (pensamientos, sensaciones, sentimientos) más flexible y ajustada en la cual la persona no tenga necesariamente que evitar o escapar de lo que siente/piensa, sino que pueda elegir responsablemente qué hacer en cada circunstancia según lo que valore verdaderamente como relevante para él o ella.

En el tratamiento de las adicciones, el objetivo central en ACT es ayudar a los pacientes a establecer contacto con el centro de sus dificultades. Para ello, el trabajo en sesión estará dirigido al entrenamiento sistemático para afrontar las barreras cognitivas y emocionales ligadas a dejar consumir, siendo éste un objetivo elegido por el paciente, ya que le abrirá la puerta a actuaciones de valor personal. Para la consecución de este objetivo central, el paciente no sólo tendrá que aprender a tener contacto con el centro de sus dificultades y debilidades, sino que habrá de apreciarlas en lo que son y reaccionar con la vista puesta en el valor que sustente la abstinencia. Será preciso que flexibilice su reacción ante el conjunto de reacciones privadas repletas de malestar derivadas de la abstinencia con la droga (por ejemplo, la urgencia por consumir, nerviosismo, ansias, problemas de sueño, irritabilidad, tristeza), y estar dispuesto no sólo a sentir los efectos de no consumir, sino a la cascada de pensamientos que de acuerdo a la historia personal emergerán por ejemplo: no seré capaz de dejarlo, soy un enfermo, no puedo con esto, sólo una vez más, ¿y si fracaso?

LA ACTITUD TERAPÉUTICA Y LAS HERRAMIENTAS FUNDAMENTALES PARA LA INTERVENCIÓN

ACT: Aceptar, comprometerse, tomar iniciativas

En el enfoque ACT, un objetivo de vida saludable no es *sentirse* bien, sino *sentir* bien. Resulta psicológicamente saludable tener pensamientos y sentimientos desagradables lo mismo que agradables, y eso nos permite un acceso pleno a la riqueza única de nuestra historia personal. Irónicamente, cuando pensamientos y sentimientos se convierten en lo más importante, virtualmente nos dictan lo que debemos de hacer —es decir, cuando “significan solo lo que dicen significar”—, entonces, por lo general, no nos vemos inclinados a sentir nuestros sentimientos ni a pensar nuestros pensamientos abiertamente ni, por lo tanto, aprender lo que unos y otros podrían enseñarnos. A la inversa, cuando los sentimientos no son más que sentimientos y los pensamientos son sólo pensamientos, pueden significar lo que significan, especialmente que tales fragmentos de nuestra historia personal única están siendo traídos al presente por el contexto actual. Pensamientos y sentimientos tienen interés y son importantes, pero no tienen que dictar necesariamente lo que va a ocurrir a continuación. Su papel específico en cada caso depende del contexto psicológico en el que tienen lugar y es más variable de lo que puede suponer cualquier modalidad mental de solución de problemas.

Los procesos que se refuerzan en el enfoque ACT es que la alternativa constructiva a la fusión es la *defusión* y la alternativa preferente a la evitación vivencial es la *aceptación*. Defusión y aceptación, en su nivel más básico, están implícitas en cualquier forma de psicoterapia en donde paciente y

terapeuta aprenden pronto a advertir los pensamientos y sentimientos que se originan para dar sentido al problema de que se trata. En su forma más elaborada, defusión implica aprender a ser consciente de los propios pensamientos en cuanto tienen lugar y aceptación el proceso activo de implicarse con —y a pesar de— el incremento en la rica complejidad de las propias reacciones emocionales como medio para favorecer la apertura psicológica, el aprendizaje y la compasión hacia uno mismo y los demás. Estas habilidades implican la vivencia consciente de los sentimientos como sentimientos, de los pensamientos como pensamientos, de los recuerdos como recuerdos y así sucesivamente. Nos permiten observar desapasionadamente nuestra propia mente en funcionamiento, al tiempo que “abrazamos el momento”. De ese modo, permanecemos atentos a las claves o señales contextuales potencialmente importantes que de otro modo podríamos pasar por alto. (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

A medida que se adquieren esas destrezas, el propio sentido de atención se vuelve más flexible, centrado y voluntario, favoreciendo el que uno se vea mejor a sí mismo y a los demás como parte de un mundo interconectado. Desde esa perspectiva, los pacientes pueden pasar más fácilmente de la evitación y el enredo a una mayor implicación y expansión conductual.

A manera de resumen, la meta de la ACT consiste en crear una vida rica y significativa, que acepte el sufrimiento y que le permita al paciente actuar con eficacia bajo la guía de sus valores más arraigados, manteniéndose completamente presentes e involucrados. Solamente mediante la acción concentrada (*mindful*) es como podemos crear una vida significativa. Por ello, ACT

Tabla 1. Ejercicio: Registro de estrategias de afrontamiento

Primero, en la columna de la izquierda, anota un pensamiento o sentimiento doloroso. En la segunda columna, describe una táctica que hayas utilizado para enfrentarte a ese pensamiento o sentimiento doloroso. Una vez que lo hayas hecho, por favor, puntúa tus tácticas de afrontamiento en dos columnas: en la primera, valora el grado de eficacia que esa estrategia ha tenido a corto plazo; es decir, ¿cuánto alivio inmediato has conseguido de tu estrategia? En la segunda columna, puntúa tu estrategia según su eficacia a largo plazo.

Piensa qué proporción de tu dolor puede deberse al pensamiento o sentimiento negativo. Tu estrategia de afrontamiento, ¿ha conseguido reducir tu dolor a lo largo del tiempo? Valora cada estrategia a corto y a largo plazo en una escala de 1 a 5, en la que 1 significa que no ha sido eficaz en absoluto, y 5, que ha sido increíblemente eficaz.

Por ejemplo, imagina que alguien anota en la columna de “pensamientos o sentimientos dolorosos” una idea como esta: “No sé si merece la pena vivir”. La táctica de afrontamiento que esta persona utiliza podría ser “tomarse una cerveza, ver deportes en tv y procurar no pensar”. Mientras ve la tv, la eficacia a corto plazo de la táctica puede llegar a 4; pero más tarde los pensamientos pueden volver con mayor fuerza que antes y la eficacia a largo plazo podría alcanzar sólo el 1.

Registro de estrategias de afrontamiento

Pensamientos / Sentimientos dolorosos	Estrategia de afrontamiento	Eficacia a corto plazo	Eficacia largo plazo
“No sé si merece la pena vivir”	Tomar cerveza, ver deportes en tv	4	1

Nota: Basado en *Sal de tu mente, entra en tu vida*. Steven C. Hayes, 2013.

enseña habilidades de atención plena (*mindfulness*) como una manera efectiva de manejar estas experiencias privadas.

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS DEL MODELO ACT Y MINDFULNESS

Lo que has estado haciendo hasta ahora

Una de las estrategias más utilizadas en la fase de generar desesperanza creativa, consiste en examinar en conjunto con él o la paciente ¿qué tipo de acciones ha intentado para suprimir o reducir, disminuir, controlar o contraatacar sus pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales dolorosas? Hay que proponerle lo siguiente: “Piensa en todos los rituales que pones en marcha con el fin de evitar tu sufrimiento o malestar emocional, podrían ir desde un incesante lavado de manos hasta un sencillo giro del tapón del tubo de pastillas cada noche, tus estrategias de afrontamiento podrían incluir apostar en deportes, asistir al casino, realizar ejercicio de manera obsesiva, fumar, consumir alcohol o cualquier otra

sustancia ilegal, o puede que incurras en autolesiones intencionadas, tales como cortes, para aliviar tu tensión. Sea lo que sea que hagas (y todos hacemos alguna de esas cosas en mayor o menor grado) vamos a tener la oportunidad de explorarlo” (tabla 1).

LA CARGA DEL TREN DE LA MENTE

Si eres como la mayoría de las personas del planeta, cuando revises tu registro de estrategias de afrontamiento descubrirás, que cuando estás en medio de la lucha no eres capaz de mirar a tus pensamientos sistemáticamente. En esos momentos, lo más probable es que estés observando desde los pensamientos; es decir, consideras el contenido de tus pensamientos desde el punto de vista de los pensamientos que hayas registrado. A eso es a lo que nos referimos cuando decimos que “miramos desde los pensamientos”. Muchas veces, has estado luchando para tratar de

controlar lo que pensabas o sentías, has terminado por definirte a ti mismo y al contenido de tu experiencia en función de tus pensamientos o tiendes a tomarte tus pensamientos al pie de la letra, de modo que ves la vida desde ese punto de vista. A continuación, te propongo una alternativa para el trabajo de defusión de los pensamientos (tabla 2).

ROTULAR LAS EXPERIENCIAS PERSONALES COMO LO QUE SON

Una herramienta básica que nos puede ayudar a notar el contenido de la mente y entrenar al paciente en cazar sus pensamientos, sentimientos, recuerdos y sensaciones corporales tal como aparecen, consiste en etiquetarlos como realmente son, es decir, verbalizando en voz alta lo que está haciendo exactamente, más que lo que piensa que está haciendo. Por ejemplo: si estás pensando que hoy tienes cosas que hacer más tarde, en lugar de decir: “Hoy tengo cosas que hacer más tarde” añade una etiqueta con la clase de vivencia que está teniendo lugar con exactitud: “Estoy teniendo el pensamiento de que tengo cosas que hacer más tarde”. Si te sientes triste, toma nota diciéndote a ti mismo: “Estoy teniendo el sentimiento de tristeza” o en el caso de las sensaciones corporales: “Estoy teniendo la sensación corporal de *craving*”. Para aplicar este tipo de etiquetas puedes seguir el siguiente formato:

- Estoy teniendo el pensamiento de que... (describe el pensamiento).
- Estoy teniendo el sentimiento de que... (describe el sentimiento).
- Estoy teniendo el recuerdo de que... (describe el recuerdo).
- Estoy teniendo la sensación corporal de que... (describe la naturaleza y localización de tu sensación corporal).
- Estoy sintiendo el impulso de... (describe tu tendencia de comportamiento o predisposición).

Este proceso permite al paciente desligarse del contenido de sus vivencias privadas. Puedes observar que existe una gran diferencia entre la frase “estoy deprimido” y “estoy teniendo el sentimiento de que estoy deprimido”. La tarea primordial del terapeuta consiste en animar al paciente a que aplique este tipo de etiquetado a su diálogo interno, como una manera de hablar consigo mismo durante al menos una semana. Después, podrá utilizar el etiquetado cuando se sienta enredado en sus propios pensamientos y sentimientos y necesite poner una cierta distancia.

VER LOS PENSAMIENTOS-EMOCIONES-RECUERDOS QUE VIENEN Y VAN

“Prestar atención intencionalmente al momento presente, sin juicios y sin reaccionar en automático” (Kabat-Zinn, 2003) es una de las definiciones más reconocidas de *Mindfulness*, cuyas aplicaciones clínicas se han generalizado en el tratamiento de diversos trastornos psicológicos. “El adicto, muchas veces, tiene ganas de consumir de manera imperiosa, esto es normal. Con la práctica del *Mindfulness* conseguimos que esas ganas no se obedezcan de forma reactiva (instintiva) sino que se puedan surfear como si se tratara de una ola, ya que, como las olas, las ganas de consumir suelen ser intensas pero cortas en el tiempo. El *Mindfulness*, en un principio, será la tabla de surf que nos ayude a conducir el ansia del consumo y, con la práctica, convertirse en la puerta a la paz y a la satisfacción tantas veces anheladas por el adicto en su consumo” (Alan Marlatt, 2013).

Tabla 2. Ejercicio: Contemplando el tren de la mente

Imagina que estás en un puente sobre una vía, observando cómo pasan tres tipos de trenes. Un tren mental va circulando muy despacio por cada una de las vías, alejándose de donde tú te encuentras. Cada tren se compone de una hilera de vagones que transportan minerales. De manera interminable, cada uno de los trenes traquetea lentamente a lo largo de la vía por debajo del puente.

Ahora, mientras miras hacia abajo, imagina que el tren de la izquierda sólo lleva uno de los tipos de “mineral” con el que has estado trabajando hace un momento. Este mineral se compone de sensaciones, percepciones y emociones. El tren transporta cosas tales como sonidos, manos sudorosas, latidos fallidos del corazón, tristeza de la que eres consciente y otras por el estilo. El tren de la vía central sólo transporta pensamientos: tus valoraciones, predicciones, autoconcepciones y demás. El tren de la derecha va cargado con impulsos para la acción: tu tendencia a evitar y a mirar hacia otra parte, tus esfuerzos por cambiar de tema. Observar esas tres vías de ahí abajo es una metáfora de contemplar el contenido de tu mente.

Ahora vamos a tomarnos unos minutos para realizar el ejercicio juntos. Toma una postura cómoda y cierra un momento tus ojos, iniciaremos el ejercicio pensando en algo con lo que hayas estado luchando últimamente e imagínate las tres vías. Tu trabajo consistirá en permanecer sobre el puente, observando. Si encuentras alguna cosa nueva en tu mente o si descubres que vas metido en uno de los vagones, traqueteando vía adelante, luchando con ese contenido que puede referirse a la frase de que “nunca vas a conseguir nada” o a la creencia de que el futuro “no va a traerte nada bueno”, ése puede ser un momento muy importante (de hecho, es el propósito principal del ejercicio) observar lo enganchado que estás a ese tipo de contenido; archívalo y vuelve mentalmente al puente sobre las vías para mirar otra vez hacia abajo. Podemos permanecer de dos a tres minutos guiando al paciente mientras nota el contenido de su pensamiento.

La carga del tren de la mente

Sensaciones, percepciones y emociones actuales	Pensamientos	Impulsos, acciones y estrategias de afrontamiento
--	--------------	---

Nota: Basado en *Sal de tu mente, entra en tu vida*. Steven C. Hayes. 2013.



Aceptación y apertura son cualidades de la mente que podemos cultivar cuando practicamos *Mindfulness*. *Aceptar* no significa estar de acuerdo, aceptar implica dejar de pelearse contigo mismo y con tus experiencias. *Apertura* es aprender a dejar ir algunas ideas que tienes con respecto a cómo deberían ser las cosas para poder verlas. Nuestra mente puede estar en cualquier lugar, en cualquier momento, cavilando sobre el pasado o pensando en el futuro, quizá viviendo con el piloto automático, caminar dormido a lo largo de la vida, no viviéndola realmente, sólo inclinado a estar pensando en tus preocupaciones, imaginando, planeando. Sin embargo, tu cuerpo siempre está en

el momento presente. La tarea principal es concentrarse en esa actividad, poner tu atención en tu cuerpo y ser más consciente de las sensaciones con las que te encuentras. (Kabat-Zinn, 2003). El siguiente ejercicio nos permite colaborar con el paciente, en la toma de perspectiva sobre el contenido de la mente y entender su transitoriedad (tabla 3).

OPCIONES ADICIONALES DE TÉCNICAS DE “DEFUSIÓN”

Más adelante se presenta un muestrario de técnicas de “defusión” cognitiva que, de manera adicional, podemos utilizar durante las sesiones (tabla 4).

Tabla 3. Ejercicio: Hojas flotando en la corriente

Es un ejercicio que se realiza con los ojos cerrados. Te recomiendo que primero leas las instrucciones y luego, cuando estés seguro de que lo entiendes y tengas tu experiencia personal, colabores con tu paciente en su práctica.

Imagina una hermosa corriente que fluye lentamente. El agua se desliza sobre rocas y entre árboles va descendiendo a lo largo de un valle. De vez en cuando, una hoja grande cae en la corriente y va flotando río abajo. Imagínate que estás sentado junto a la corriente, es un día templado y soleado. Observa cómo van flotando las hojas río abajo.

Ahora toma un momento y hazte consciente de tus pensamientos. Cada vez que surja uno, imagina que lo depositas en una de las hojas. Si piensas en palabras, colócalas sobre la hoja. Si piensas en imágenes, colócalas en una hoja. El objetivo es que permanezcas junto a la corriente mientras dejas que las hojas sigan flotando. No intentes hacer que la corriente vaya más rápido o más despacio; no intentes cambiar lo que aparezca encima de las hojas de ninguna manera. Si desaparecen las hojas, o si tú mentalmente te vas a otra parte o si resulta que te encuentras en medio de la corriente o sobre una hoja, simplemente detente y percibe lo que está ocurriendo. Archiva esa percepción y vuelve otra vez al borde de la corriente. Localiza el siguiente pensamiento de tu mente, escríbelo en una hoja y deja que se vaya flotando corriente abajo.

Continúa al menos cinco minutos. Ten un cronómetro o un reloj cerca como guía.

Al terminar el ejercicio date unos minutos para revisar en conjunto con tu paciente su experiencia y, de ser posible, registren sus observaciones. Decirle los momentos en que la corriente no fluye son momentos de fusión cognitiva, mientras en los que corre la corriente son de cognitiva. Muchas veces nos fundimos con un pensamiento sin darnos cuenta de ello, y puede ser especialmente “pegajoso”. Si piensas “no lo estoy haciendo bien” o “este ejercicio no me va a funcionar”, es completamente normal.

Nota: Basado en *Sal de tu mente, entra en tu vida*. Steven C. Hayes. 2013.

CONCLUSIONES

El modelo de flexibilidad psicológica propuesto por ACT para el tratamiento del comportamiento adictivo y otros trastornos psicológicos, cuya principal estrategia de afrontamiento es la evitación experiencial, permite al terapeuta y paciente aceptar, comprometerse y tomar iniciativas para el cambio. El objetivo no consiste en “arreglar” al paciente, sino en hacerlo más capaz, utilizando procesos de aceptación y atención plena —*Mindfulness*—, así como los de compromiso y cambio de conducta para favorecer la flexibilidad psicológica. Utilizar las fortalezas que posee el paciente en un determinado proceso para abordar

sus debilidades en otro; emplear sus valores —lo que es valioso e importante— para dar un sentido y enfocar así la terapia, utilizando la relación terapéutica para modelar, promover y apoyar procesos psicológicos flexibles.

Este proceso de aprendizaje requiere mucho más que seguir de forma mecánica una receta o manual de instrucciones: implica que el terapeuta cultive la práctica de prestar atención y estar en el presente. Por lo tanto, la actitud y habilidades que aportemos al tratamiento con nuestro paciente serán de suma importancia pues como dijo Thich Nhat Hanh, “Mis acciones son mis únicas pertenencias verdaderas”.

Tabla 4. Muestrario de técnicas de defusión cognitiva

La mente	Trata a “la mente” como un objeto externo, casi independiente de tu persona (“bien, aquí está mi mente otra vez” o “mi mente se está preocupando de nuevo”).
Cortesía mental	Dale las gracias a tu mente cada vez que se entrometa con preocupaciones y opiniones; muéstrate muy cortés con ella por sus sugerencias (“¡estás haciendo un gran trabajo de preocupación hoy!” o “¡gracias por la idea!”). No es un sarcasmo... después de todo, tu máquina de las palabras está haciendo aquello para lo que fue diseñada hace miles de años: resolver problemas y evitar peligros.
Simplemente, darse por enterado	Utiliza el lenguaje de observación (“recibido”) cuando se trate de tus experiencias internas. Por ejemplo: “Me estoy dando cuenta de que, en este momento, me estoy juzgando”.
Piensa en lo contrario	Si tu mente intenta detenerte en algo, practica deliberadamente precisamente eso mientras intentas ordenar lo contrario. Por ejemplo, levántate y ponte en marcha mientras dices “no puedo moverme mientras estoy leyendo esto”.
Los pensamientos no son causas	Si un pensamiento parece que se convierte en una barrera para la acción, pregúntate a ti mismo: “¿Será posible mantener este pensamiento como tal y, sin embargo, hacer X?”. Inténtalo, manteniendo deliberadamente el pensamiento mientras haces aquello que tu pensamiento intentaba impedir.
¿Quién es el que manda aquí?	Trata a los pensamientos como abusones; utiliza un lenguaje vivo. Al fin y al cabo, ¿de quién es tu vida?, ¿tuya o de tu mente?
¿Y al servicio de qué está esto?	Cuando te aferres a un pensamiento, vuélvete un momento y pregúntate: “Creerme este pensamiento, ¿está al servicio de qué cosa?”. Si no está al servicio de tus intereses, deja de aferrarte a él.
Sal de tus “peros”	Reemplaza prácticamente cualquier “pero” que pongas con un “y”.
¿Por qué habrías de ser perfecto?	Si estás luchando con ser “perfecto”, aunque eso no te esté ayudando a avanzar, pregúntate: “¿Por qué habría de ser perfecto?, ¿qué debería ser más bien: perfecto o vivo y vital?”.
Llevar tarjetas	Anota pensamientos problemáticos en tarjetas de visita y llévalas contigo. Utiliza esta práctica como una metáfora de la posibilidad de ir cargando con tu historia sin perder la capacidad de controlar tu vida.

Nota: Basado en *Sal de tu mente, entra en tu vida*. Steven C. Hayes, 2013.

LECTURAS RECOMENDADAS

BARRACA MAIRAL J. (2007). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo. *Miscelánea Comillas*, 65 (127): 761-781.

BOWEN S, CHAWLA N & MARLATT A. (2013). *Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en Mindfulness*. Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer.

HAYES SC, STROSAHL KD & WILSON KG. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer.

HAYES SC. (2013). *Sal de tu mente, entre en tu vida. La nueva terapia de aceptación y compromiso*. Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer.

KABAT-ZINN J. (2016). *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona: Editorial Kairós.

Trastorno bipolar pediátrico: una entidad de reto diagnóstico

Baltazar Varelas Blanco ¹
Érika Patricia López ²

Generalidades

El primero en observar la presencia de trastorno bipolar en población pediátrica (TBPP) fue Kraepelin en 1921, pero se asumió este trastorno en psiquiatría hasta 1995, cuando Biderman *et al.* reportaron una muestra clínica de niños con un cuadro clínico al que llamaron “*mania like symptoms*”. Hasta antes de la publicación del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* versión 5 (DSM-5), el trastorno bipolar (TBP) se consideraba un trastorno del humor. Ahora, en esta nueva versión el TBP se ha colocado en medio del apartado del espectro de la esquizofrenia y los trastornos depresivos, considerándolo como un “puente” entre ambas clases de trastornos debido a su sintomatología, historia familiar y factores genéticos (APA, 2014). En la última versión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 11), el TBP se continúa considerando dentro de los trastornos del estado de ánimo. La presencia del TBPP, que incluye a niños y adolescentes, todavía es controvertida para diferentes

autores; sin embargo, en los últimos años ha habido un incremento considerable en el número de publicaciones y líneas de investigación de esta entidad (Tomas *J et al.*, 2013). Comparado con el adulto, el TBPP tiene una presentación clínica más severa, una evolución más grave, mayores tasas de suicidio y mayor resistencia al tratamiento. Además, afecta de forma severa el desarrollo normal y el funcionamiento psicosocial del niño y adolescente; se asocia con mayores síntomas de psicosis, conductas sexuales de alto riesgo, abuso de sustancias, y problemas en los contextos familiar, escolar, social y legal (Diler & Birmaher, 2018). La gran mayoría de la población con TBPP no recibe tratamiento, y de aquellos que lo reciben, la mayoría lo hace para las comorbilidades del padecimiento en vez del padecimiento en sí. A medida que la edad del TBPP es menor, aumenta la complejidad para llevar a cabo una precisión diagnóstica y una planificación terapéutica eficaz. El TBPP se considera la nosología psicopatológica más difícil de diagnosticar en la edad pediátrica (Martín *et al.*, 2018).

1 Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.
2 Medicina Familiar.

Epidemiología

Los estudios de prevalencia del TBPP varían en sus resultados de forma importante, según la muestra seleccionada, la experiencia del clínico y el instrumento utilizado para su evaluación. Los primeros estudios reportaron prevalencias en el rango de 0.6% hasta el 15%(Notellmann, 2001), lo cual favoreció aun más la controversia de la existencia de este trastorno. Los últimos estudios, han podido establecer prevalencias más confiables, como el metaanálisis realizado por Van Meter *et al.* (2011), el cual incluyó 16,222 niños y adolescentes de todo el mundo, que reportó una tasa global de 1.8%. Sin embargo, el TBPP no especificado, que es la presentación clínica más frecuente en este grupo de edad, puede llegar a alcanzar tasas de hasta 6%. En este reporte se encontró que la prevalencia del TBPP es similar a la del TBP en adultos; las tasas de TBPP son iguales en todos los países del mundo; la prevalencia en niños es igual en ambos géneros, pero aumenta ligeramente en mujeres durante la adolescencia, y el TBPP puede tener su inicio en la infancia, pero la prevalencia es mucho más alta en la adolescencia. La encuesta realizada por la *Depression and Bipolar Support Alliance* en Estados Unidos observó que hasta un 60% de pacientes adultos con TBP iniciaron sus síntomas antes de los 20 años de edad; el episodio con el que debutaron fue principalmente depresivo, y un 13% había tenido una hospitalización antes de los 20 años de edad(Perlis *et al.*, 2009).

Manifestaciones clínicas

El cuadro clínico de TBPP es muy heterogéneo, y tiene una presentación distinta a la del adulto, lo cual convierte a esta entidad en un verdadero reto

tanto para los profesionales en el área clínica como en el área de investigación. La psicopatología evolutiva intenta comprenderla considerando la etapa del desarrollo del individuo, los diferentes factores de riesgo y protección, los factores biológicos, cognitivos y emocionales, y los contextos familiares, sociales y culturales; debiendo distinguir con precisión qué conductas son síntomas clínicos y cuáles son rasgos temporales y/o extremos del desarrollo normal. Marcelli refiere que los criterios de mayor importancia a considerar en la evaluación del TBPP son los antecedentes familiares indiscutibles, un seguimiento evolutivo a largo plazo y momentos de clara y súbita inversión del humor(Marcelli, 2007). Actualmente hay una creciente corriente que solicita se incluyan criterios diagnósticos pediátricos específicos en los principales sistemas de clasificación internacional, pues no se considera correcto ni confiable utilizar los mismos que para el adulto. Tanto el DSM-5 como la CIE 11 clasifican el TBP en tipo I, tipo II, trastorno ciclotímico, trastorno bipolar y trastorno relacionado debidos a otra afección médica, otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificados y trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificados. Luby, Belden y Tandon describen las tres posturas más importantes que diferentes autores asumen ante el diagnóstico del TBPP. Geller *et al.*, afirman que el TBPP debe cumplir los criterios diagnósticos del DSM, excepto el de temporalidad debido a que los ritmos ultradianos (ciclos de corta duración, muy rápidos y continuos) y los episodios mixtos son la presentación clínica más frecuente en el TBPP: hasta 84% y 87%, respectivamente. Biderman *et al.* han propuesto criterios diagnósticos alternativos (irritabilidad grave y labilidad emocional), y niegan la necesidad de apegarse a los criterios

diagnósticos del DSM. Leibenluft *et al.* indican que el diagnóstico debe apearse a los criterios del DSM, pero que los menores que no presenten elación o grandiosidad deben clasificarse como trastorno de desregulación emocional (TDE) (Luby *et al.*, 2010). Cabe mencionar que, ante esta última entidad nosológica, Axelson *et al.*, se manifiestan en contra de su validez, pues, afirman, no existe suficiente soporte empírico para considerarlo como entidad diagnóstica, que carece de criterios sintomáticos específicos pues la irritabilidad crónica se convierte en el único síntoma y éste es un criterio diagnóstico para una amplia gama de trastornos (Axelson & Birmaher, 2011). Bajo este panorama complejo Leibenluft *et al.*, propusieron una clasificación del padecimiento: el fenotipo extenso y el fenotipo restringido. El fenotipo extenso, el más frecuente, lo definen por la presencia de irritabilidad grave, tormentas afectivas (*affective storms*), labilidad emocional, síntomas de depresión y de ansiedad, hiperactividad, impulsividad, inatención y graves estallidos temperamentales con o sin un claro patrón episódico. Por su parte, el fenotipo restringido es definido por la presencia de episodios recurrentes de depresión mayor y episodios de manía o hipomanía (equivalentes al TBP tipo I y II, respectivamente). Este fenotipo, a su vez, es debatido por Findling *et al.*, debido al conocimiento que en el TBPP es frecuente la ciclación rápida, y difícilmente se cumple el criterio temporal de manía o hipomanía, lo que lleva a diagnosticar TBPP no especificado (Findling & Gracious, 2011). Con la intención de lograr una imagen más clara de los síntomas reales que se presentan en el TBPP, Van Meter *et al.* (2018) realizaron un metaanálisis de la sintomatología reportada en los estudios clínicos realizados de 2005 a 2015, que incluyó 2,226 niños y adolescentes, y encontró las siguientes

frecuencias de los síntomas: aumento de energía (79%), irritabilidad (77%), distractibilidad (74%), aumento de la actividad dirigida a un objetivo (72%), euforia o elación (64%), presión en el habla (63%), conducta hiperactiva (62%), aceleración del pensamiento (61%), alteraciones del juicio (61%), grandiosidad (57%), risa inapropiada (57%), disminución de la necesidad de dormir (56%), fuga de ideas (54%), aumento en la productividad (47%), incremento en la creatividad (41%), interacción desinhibida con los demás (41%), hipersexualidad (32%), alucinaciones (31%) y delirios (24%).

Se ha observado que la irritabilidad que manifiesta el TBPP habitualmente es persistente a través del tiempo, apareciendo en episodios agudos regularmente sin desencadenantes específicos, que se pueden tornar en agresividad y violencia (tormentas afectivas); muchos de los pacientes posteriormente muestran culpa y arrepentimiento por esta conducta. La elación provoca que los menores se encuentren anormalmente contentos, ríen mucho sin causa determinada y pueden hacerlo incluso ante situaciones que normalmente desencadenarían otras emociones (tristeza), brincan sobre los muebles, se arrojan al suelo, giran, movidos por la alegría. Respecto a la grandiosidad, piensan que ellos tienen mayor capacidad que los demás para decidir y saber lo que hay que hacer, lo que puede llevarlos a ser desafiantes con los adultos, y en niños menores a estar convencidos de que tienen capacidades sobrenaturales como algunos personajes tipo superhéroes, sin poder discriminar la fantasía de la realidad. Socialmente pueden llegar a la desinhibición, con conductas no regidas por normas sociales ya aprendidas, pudiendo ser altamente imprudentes de forma verbal, y conductualmente, junto con la impulsividad, exponerse a conductas

de alto riesgo. La aceleración del pensamiento se puede observar a través de la presión en el habla, la verborrea, siempre quieren dar su opinión y no toleran se les interrumpa, lo cual afecta su funcionamiento dentro del aula de clases interrumpiendo constantemente a los profesores y distrayendo a sus compañeros. El aumento de energía se puede expresar desde realizar muchas actividades académicas, artísticas o domésticas en poco tiempo, hasta correr dentro o fuera de casa, recorrer grandes distancias en bicicleta o patines de forma imprudente en la calle o realizar rutinas de ejercicio prolongadas sin experimentar cansancio. La inatención se presenta principalmente en actividades escolares o en responsabilidades de casa; cuando está presente el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) la inatención se debe presentar en una intensidad mayor a la habitual. La disminución de la necesidad de dormir se considera cuando el menor duerme tres horas menos de lo usual por dos o más noches consecutivas, duerme menos porque se siente animado o con mucha energía, y no presenta cansancio al día siguiente. Respecto a la conducta desinhibida, donde puede aparecer la hipersexualidad, los menores pueden interactuar con desconocidos como si fueran personas de toda su confianza, salen de casa más de lo usual, pudiendo regresar horas más tarde de lo permitido o pasar toda la noche fuera de casa, si les es posible pueden gastar mucho dinero, hacer viajes inesperados, practicar conductas de riesgo sólo por diversión, tienden a presentar pensamientos y lenguaje con alto contenido sexual, expresar actos sexuales a través de sus juegos, buscan observar o tocar el cuerpo de los demás, se exponen a imágenes o videos de contenido sexual, aumentan

considerablemente la frecuencia de la masturbación y en los adolescentes con vida sexual activa, pueden buscar múltiples parejas sexuales y no utilizar medidas de protección, con todas las consecuencias esperadas de ello. El síntoma alucinatorio más frecuente son las alucinaciones auditivas, en tanto que el síntoma psicótico más frecuente son las ideas delirantes de grandiosidad.

TBPP y abuso de sustancias

Las comorbilidades en el TBPP son altas. Un estudio que valoró la asociación entre las comorbilidades médicas y psiquiátricas demostró que los trastornos neuropsiquiátricos como el TDAH, abusos de sustancias y la epilepsia, y los padecimientos médicos como la obesidad, el asma, y las enfermedades cardiovasculares, preceden al diagnóstico de TBPP; en particular el trastorno por uso de sustancias (TUS) se asoció con episodios depresivos recurrentes. Los hijos de padres con TBP, que inician con TUS tienen una alta probabilidad de desarrollar cuadros de depresión, de manía e hipomanía, con un alto riesgo de experimentar síntomas de psicosis y grave alteración en el funcionamiento general, en comparación con los hijos que no desarrollan TUS. La población con TBPP tiene un rango de prevalencia del 16 al 39% de TUS. Además este grupo presenta un peor curso clínico, un peor pronóstico, mayor recurrencia de episodios afectivos, menor adherencia a la farmacoterapia, mayores tasas de suicidio, mayor frecuencia de problemas con la ley, mayor frecuencia de hospitalizaciones, alta frecuencia de fracaso escolar, y mayores casos de embarazos en la adolescencia. Las sustancias utilizadas que se reportan con mayor constancia son el cannabis (51.7%), sustancias múltiples

(41.4) y alcohol (4%); la edad media de inicio es 12.39 ± 2.39 años (De Azebedo *et al.*, 2017).

Un estudio realizado en la facultad de medicina de la Universidad de Pittsburgh encontró que el mayor predictor para el desarrollo de TUS en adolescentes con TBPP fue la experimentación temprana de ingesta de alcohol, seguido por la presencia de trastorno negativista desafiante, de trastorno de pánico, historia familiar de abuso de sustancias, mala o pobre cohesión familiar y la ausencia de uso de antidepresivos al inicio del padecimiento. El 54.7% de los menores con tres o más de estos predictores desarrollaron TUS, en comparación con los pacientes con menos de tres predictores, donde sólo el 14.1% desarrolló TUS (Scavone *et al.*, 2018).

El Centro para la Atención de TBPP de Ontario, Canadá, encontró que la comorbilidad de TUS en el TBPP se asoció con altas tasas de trastorno de conducta (disocial), trastorno negativista desafiante, violencia, impulsividad, asaltos enfrentando a la víctima, y mayores periodos de labilidad emocional. Se observó que el uso de litio y de anticonvulsivantes atenuaron la frecuencia de TUS en el TBPP, y no así el de antipsicóticos atípicos.

Los hallazgos mencionados en estos estudios sugieren que los tratamientos dirigidos a las comorbilidades del TBPP, a la dimensión de la labilidad, y las intervenciones dirigidas a las familias, conducen a la mejoría de los síntomas de depresión, manía e hipomanía de los adolescentes. Desafortunadamente, hasta la fecha ningún estudio sobre tratamientos psicosociales ha demostrado resultados significativos para la reducción del consumo de sustancias en el TBPP (Goldstein *et al.*, 2013).

Reto diagnóstico

Más allá de las dificultades previamente descritas respecto al consenso de la existencia del TBPP, del conocimiento exacto de sus manifestaciones clínicas nucleares, de la ausencia de criterios diagnósticos específicos para esta etapa del desarrollo, y de las diversas propuestas de los autores sobre su abordaje inicial, es trascendental estar consientes de su probable existencia en la población de menores que presentan síntomas característicos del trastorno, para iniciar un proceso de valoración exhaustivo y determinar si estamos frente a un caso de TBPP. La gran importancia de diagnosticar, y por lo tanto tratar, el TBPP es incidir sobre su curso, el cual suele ser de evolución hacia la cronicidad con una gravedad de intensidad severa: a menor edad de inicio presenta mayor curso de ciclación rápida (hasta un 87%). De éstos, el 77% tiene un patrón de ciclación ultrarrápido, y hasta un 50%, ciclación ultradiana; con altos índices de morbilidad y mortalidad. En la actualidad, el TBPP es considerado como un problema de salud pública importante con un impacto negativo en la familia y las relaciones entre iguales, un bajo desempeño académico o fracaso escolar, altas tasa de síntomas crónicos del estado de ánimo y presentaciones mixtas, evolución a cuadros de psicosis, trastornos del comportamiento disruptivo, de ansiedad, por consumo de sustancias, padecimientos médicos como la obesidad, problemas tiroideos y diabetes, hospitalizaciones, intentos de suicidio y suicidio consumado (De Azebedo *et al.*, 2017). Por otro lado, el TBPP produce altos costes en los servicios de salud mental, y un mayor uso de los servicios médicos en comparación con la depresión unipolar u otros trastornos que

no pertenecen a los del estado de ánimo. Los menores con TBPP no diagnosticados llegan a tener costes más elevados en los servicios de salud mental que los ya diagnosticados (Scavone *et al.*, 2018).

Youngstrom *et al.* proponen un protocolo para el diagnóstico del TBPP llamado "Protocolo Alexian Brothers", el cual consiste en realizar inicialmente un tamizaje de un episodio de manía, posteriormente establecer una probabilidad estimada para la existencia del TBPP, después objetivar un episodio índice claro (manía, depresión, mixto) y finalmente complementar con una evaluación retrospectiva y prospectiva del caso (Goldstein *et al.*, 2013).

El mayor propósito de la valoración clínica en el TBPP es determinar si este trastorno está presente o no en el paciente; si lo está, determinar las prioridades sobre los síntomas a tratar, establecer las intervenciones terapéuticas con las que se abordarán los síntomas objetivos, evaluar con la familia y el paciente los riesgos y beneficios de los tratamientos recomendados, y establecer una relación terapéutica que tanto aliente como favorezca el compromiso del paciente y de la familia. El menor deberá ser evaluado en el contexto de su funcionamiento familiar, escolar y social, tomando en consideración sus influencias culturales y comunitarias (Diler, 2007).

Para el abordaje diagnóstico del TBPP ha habido un aumento en el uso de instrumentos de evaluación del TBP del adulto adaptados para niños; sin embargo, ahora han surgido instrumentos dirigidos a la evaluación directa del TBPP. A nivel mundial, las escalas de tamizaje para TBPP mayormente utilizadas, que además tienen la capacidad de respaldar el diagnóstico una vez efectuado y la utilidad de medir la eficacia de los tratamientos una vez que éstos se han instaurado, se encuentran la *K-Young Mania Rating Scale* (K-YMRS,

escala de manía de Young para niños) y la *Chil Mania Rating Escala* (CMRS). En cuanto a las entrevistas diagnósticas, la *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Versión* (K-SADS-PL-5) es considerada el estándar de oro como instrumento diagnóstico, así como para el desarrollo de otros instrumentos que midan el TBPP (Birmaher *et al.*, 2009a).

El K-SADS-PL-5 es una entrevista diagnóstica semiestructurada aplicada por un clínico entrenado, diseñada para evaluar episodios actuales y pasados de psicopatología en niños y adolescentes de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-5, traducida y adaptada al español por De la Peña *et al.*: los valores de Kappa para la confiabilidad interevaluador fueron mayores a 0.7 para más de la mitad de los trastornos, con muy buena validez de constructo; permite al clínico evaluar de forma dimensional la severidad de los síntomas; por ser semiestructurada permite que los enunciados incluidos en el instrumento no tengan que ser recitados textualmente, el entrevistador debe sentirse libre de ajustar los enunciados y preguntas al nivel específico del desarrollo del niño, y el lenguaje para el padre o el menor en cada síntoma específico. Se administra entrevistando al tutor o tutores, al menor y completando los sumarios que incluyen todas las fuentes posibles de evaluación (escuela, expediente clínico, otros familiares). La administración del K-SADS-PL-5 requiere que se complete una entrevista introductoria no estructurada, una entrevista diagnóstica de tamizaje para el TBPP, el suplemento diagnóstico del padecimiento y un resumen de listado de diagnósticos a lo largo de la vida. La mayoría de los reactivos se evalúan usando una escala tipo likert que va del 0 al 3, donde 0 corresponde a ausencia de información, 1 corresponde a síntoma no presente, 2 a síntoma subumbral y 3 a

síntoma umbral o presente. El instrumento permite determinar la presencia del TBPP o su ausencia (Youngstorm *et al.*, 2005a).

La K-YMRS fue creada en 1992 por Fristad *et al.* con la intención de evaluar la capacidad de la escala para discriminar la manía del TDAH en prepúberes. Basada en los criterios diagnósticos del DSM-4, cuenta con una alta fiabilidad inter evaluador (0,86). El clínico evalúa la intensidad de los síntomas de manía a través de una entrevista clínica con el menor y con el tutor o tutores; las preguntas evalúan la sintomatología durante las 48 horas previas a su aplicación. La escala cuenta con evidencia a favor de la validez discriminante y predictiva (Youngstorm *et al.*, 2005). Gracious *et al.* desarrollaron la versión de esta escala para padres (P-YMRS) adaptando los 11 ítems de la versión para adultos; siendo autoaplicada, posee una confiabilidad alfa de Cronbach de 0,75. Los ítems cuentan con cinco posibilidades de puntaje según la severidad de los síntomas.

La CMRS surgió con la finalidad de medir directamente la bipolaridad a partir de los criterios diagnósticos del DSM-5. Sin embargo, tiene muy poca validez de contenido, por lo cual se construye la versión para padres CMRS-P. La escala obtuvo una estructura unifactorial que explicó el 54% de la varianza total, además de obtener indicadores de ajuste significativos de los ítems al factor latente. Cuenta con 21 ítems, las respuestas son dimensionales y se aplica en aproximadamente 10 o 15 minutos. Una de sus características es que incorpora la perspectiva de la funcionalidad del síntoma; además, evalúa las conductas ocurridas en el último mes para todos los ítems, cuenta con un lenguaje más coloquial e incluye ítems que consideran el grado de desarrollo del menor para que puedan ser abordados (Yáñez y García, 2013).

Conclusiones

Aún después de 25 años de haberse reconocido el TBPP como una entidad nosológica, a la fecha se continúan teniendo retos y dificultades importantes en diferentes aspectos en lo que respecta a este trastorno. Continúa en discusión si este diagnóstico existe o no y si los criterios en las clasificaciones diagnósticas actuales del TBP para los adultos son válidos para la población pediátrica, puesto que estos no están elaborados bajo los parámetros del desarrollo. No se establecen aún las manifestaciones clínicas nucleares de esta entidad, que permitan diferenciarlo claramente de otros trastornos que comparten características idénticas. Los síntomas exhibidos en este padecimiento son altamente heterogéneos y distintos a los que se encuentran en los adultos, por lo que existe incertidumbre sobre si se deberían utilizar los mismos subtipos del trastorno del adulto en los menores o crear subclasificaciones a partir de variables como el inicio de la presentación, la naturaleza de la misma, el comportamiento en la expresión de los síntomas y la evolución del trastorno a lo largo del tiempo.

Todas estas situaciones evidencian la necesidad urgente de revisiones, consensos e investigaciones que unifiquen la información empírica actual sobre el TBPP, no sólo sobre protocolos para su diagnóstico exacto, sino también para lo que respecta al abordaje terapéutico biológico, psicológico y social, pues se conoce la evolución grave y el impacto negativo del padecimiento sobre la vida de los menores que lo sufren y sobre los adultos que estos serán en los próximos años.

REFERENCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2014).** *DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- AXELSON D & BIRMAHER B. (2011).** Concerns regarding the inclusion of temper dysregulation disorder with dysphoria in the *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*, fifth edition. *J Clin Psychiatry*, 72: 9.
- BIRMAHER B, AXELSON D, GOLDSTEIN B ET AL. (2009A).** Four-year longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: the Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) study. *American Journal of Psychiatry*, 166: 795-804.
- CERDA J & VILLARROEL L. (2008).** Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: Coeficiente de Kappa. *Revista Chilena de Pediatría*, 79: 54-8.
- DE AZEVEDO CARDOSO T ET AL. (2017).** Clinical outcomes in children and adolescents with bipolar disorder and substance use disorder comorbidity. *J Clin Psychiatry*, 78(3): e230-e233.
- DE LA PEÑA ET AL. (2018).** Validity and reliability of the kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia present and lifetime version DSM-5 (K-SADS-PL-5) Spanish version. *BMC Psychiatry*, 18: 193.
- DILER RS & BIRMAHER B. (2018).** Trastorno Bipolar (Irarrázaval M, Martín A trad) En Rey JM (ed.) *Manual de Salud Mental Infantil y de la Adolescencia de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y profesiones afines.
- DILER RS. (2007).** *Pediatric Bipolar Disorder: A Global Perspective*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- FINDLING RL & GRACIOUS BL. (2011).** Rapid, continuous cycling and psychiatric comorbidity in pediatric I disorder. *Bipolar Disorder*, 3: 202-210.
- GOLDSTEIN B ET AL. (2013).** Predictors of first-onset substance use disorders during the prospective course of bipolar spectrum disorders in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 52 (10): 1026-1037.
- LUBU J, BELDEN A & TANDON M. (2010).** *Bipolar Disorder in the Preschool Period. Development and Differential Diagnosis. Understanding Bipolar Disorder. A developmental psychopathology perspective*. pp. 108-131. New York: The Guilford Press.
- MARCELLI D. (2007)** PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO. 7ª ed. Barcelona, España: Masson.
- MARTÍN A ET AL. (2018).** *Lewis's child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*. Fifth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- NOTTELMANN E. (2001).** National Institute for Mental health research roundtable on prepubertal bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40: 871-878.
- PERLIS RH, DENNEHY EB, MIKLOWITZ DJ ET AL. (2009).** Retrospective age at onset of bipolar disorder and outcome during two-year follow-up: results from the STEP- BD study. *Bipolar Disorder*, 11 (4): 391-400.
- SCAVONE A ET AL. (2018).** Dimensional and categorical correlates of substance use disorders among Canadian adolescents with bipolar disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27: 3.
- SERRANO E ET AL. (2011).** Psychometric Properties of the Young Mania Rating Scale for Identification of Mania Symptoms in Spanish Children and Adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychopathology*, 44: 125-32.
- TOMÁS J ET AL. (2013).** *Trastorno Bipolar de inicio precoz. Consensos y discrepancias*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- VAN METER AR, BURKE C & KOWATCH RA. (2018).** Ten-year updated meta-analysis of the clinical characteristics of pediatric mania and hypomania. *Bipolar Disorder*, 18: 19-32.
- VAN METER AR, MOREIRA AL & YOUNGSTROM EA. (2011).** Meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 72 (9): 1250-1256.
- YÁÑEZ C & GARCÍA R. (2013).** Instrumentos actuales para la medición de la bipolaridad en la infancia y adolescencia: análisis de sus aspectos metodológicos. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 51 (3): 211-220.
- YOUNGSTROM EA ET AL. (2005).** Multivariate Meta-Analysis of the Discriminative Validity of Caregiver, Youth, and Teacher Rating Scales for Pediatric Bipolar Disorder: Mother Knows Best About Mania. *Archives of Scientific Psychology*, 3: 112-137.
- YOUNGSTROM EA ET AL. (2005A).** Toward an Evidence-Based Assessment of Pediatric Bipolar Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34 (3): 433-48.

JORNADAS SALME 2020

Resultados, oportunidades y desafíos de su realización en la pandemia por COVID-19

Dr. Jesús Alejandro Aldana López •

INTRODUCCIÓN

Desde el año 2008, se lleva a cabo en el Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME), un evento de capacitación anual masivo, mediante el cual se brinda actualización a los profesionales de la salud de todos los niveles de atención, en instituciones de seguridad social, públicas y privadas, en conocimientos multi e interdisciplinarios en salud mental. Este evento académico tiene como población objetivo, además de los profesionales de la salud que laboran en SALME en las áreas de psiquiatría, psicología, trabajo social y enfermería, a médicos generales y especialistas de otras áreas, particularmente que atienden el primer nivel de atención en salud, así como profesionales afines que trabajan institucionalmente o de manera privada en el campo, pues la inmensa mayoría de los casos de problemas de salud mental, pueden ser detectados, diagnosticados y tratados por dichos profesionales con los recursos farmacológicos y psicoterapéuticos idóneos y a su alcance.

En todas las ediciones de este evento académico se ha contado con profesores invitados, extranjeros, nacionales y locales expertos en cada tema a desarrollar: panorama epidemiológico, actualidades diagnósticas, actualidades en el tratamiento, el abordaje y manejo multidisciplinar, impacto psicosocial, rehabilitación y reinserción, entre otros. La temática principal era diseñada de acuerdo a las necesidades de capacitación detectadas, contando en los primeros años con un esquema temático de acuerdo a los diagnósticos motivo de solicitud de atención más frecuentes de acuerdo a lo registrado en el departamento de estadísticas del SALME y/o los problemas sociales asociados a problemas de salud mental. A partir del 2018, se establece la temática de las Jornadas con base en el lema y campaña de la Organización Mundial de la Salud para el Día Mundial de la Salud Mental del año inmediato, con objeto de culminar el año de trabajo y difusión del mismo. A continuación, se muestra un recorrido de las versiones Jornadas SALME de años previos.

61

Tabla 1. Temáticas de las Jornadas SALME por año

Año	Temática
2008	La salud mental en el primer nivel de atención
2009	Ansiedad y depresión en la atención primaria
2010	“La atención primaria de la salud mental en la infancia y la adolescencia
2011	“La atención primaria de la salud mental en la tercera edad
2012	Trastornos del dormir y su comorbilidad médica en el primer nivel de atención
2013	Suicidio, acoso escolar (<i>bullying</i>), trastorno por déficit de atención con hiperactividad
2014	Viviendo con esquizofrenia
2015	Dignidad en la atención de la persona con enfermedad mental
2016	Las enfermedades médicas y su comorbilidad psiquiátrica
2017	Trastornos de la conducta alimentaria: retos y dilemas
2018	La salud mental en tu lugar de trabajo
2019	Jóvenes y salud mental en un mundo en cambio

PLANEACIÓN Y REDISEÑO

Alineado al lema de la OMS “Trabajando juntos por la prevención del suicidio”, para las XIII Jornadas SALME se tenía prevista la participación de la Asociación Mexicana de Suicidología para el desarrollo del programa académico con un año de anticipación. Sin embargo, la contingencia sanitaria por COVID-19 vino a trastocar la planeación previa, y amenazó con su desarrollo el de las Jornadas en su totalidad, por lo que, tras revisar aspectos de factibilidad y pertinencia, se determinó su migración a una modalidad en línea por primera vez.

Se encontraron diversos y numerosos retos para realizar un evento de tal magnitud, y se evidenciaron las necesidades de infraestructura tecnológica, las brechas de alfabetización digital de las personas y la recién incursión de la modalidad en línea en el instituto. A su vez, la coordinación a distancia para la elaboración del programa académico, la selección de la plataforma virtual, los costos y gestiones, implicaron un rediseño completo del plan original, y sentaron las bases para una reflexión de los objetivos originales de las Jornadas SALME, sus propósitos y alcances.

El programa consistió en un total de nueve conferencias, incluidas la inaugural y de clausura, las cuales fueron previamente grabadas para garantizar la transmisión de los materiales de manera asincrónica, pudiendo ser consultadas en el momento en el que la persona lo decidiera, así como ocho talleres en línea sincrónicos. El evento inaugural fue honrado con la participación del Dr. Fernando Petersen Aranguren, Secretario de Salud del Estado de Jalisco, quien compartió palabras resaltando la relevancia y pertinencia del evento, especialmente debido a las condiciones de salud mental derivadas de la pandemia, y reconociendo el Día Mundial de Salud Mental.

Debido a las características del evento, el cual requería de sesiones tanto sincrónicas como asincrónicas, se seleccionó la plataforma educativa bigmarker.com, debido a la posibilidad de generar conferencias y talleres simultáneos en un mismo sitio web. El programa y ponentes se describen a continuación.

JORNADAS A POBLACIÓN GENERAL

La reflexión del objetivo y propósito general de las Jornadas SALME trajo a consideración el aprovechamiento que los medios electrónicos y las redes

Tabla 2. Programa académico XIII Jornadas SALME

Conferencias	Ponentes	Talleres	Ponentes
<i>Inaugural:</i> Cuidados bioéticos y suicidología	<i>Dra. Liliana Mondragón Barrios</i> INP RDLFM	Tratamiento del comportamiento suicida y sus implicaciones en los servicios públicos de salud mental	<i>Dra. Paulina Arenas Landgrave</i> Asociación Mexicana de Suicidología AMS-UNAM
Fundamentos de la evaluación psicológica del riesgo suicida	<i>Dra. Ma. Emilia Lucio Gómez Maqueo</i> AMS - UNAM	Puntualizaciones para el manejo inicial del riesgo suicida en adultos	<i>Mtro. Rodolfo Moreno Ramírez</i> AMS
Los retos en el diseño de implementación de programas de promoción de la salud mental y prevención de comportamientos suicidas	<i>Dra. Isabel Valadez Figueroa</i> AMS - UDEG	Posvención del suicidio en la práctica clínica	<i>Mtro. José Ignacio Cruz Gaitán</i> Centro de Estudios de Familia e do individuo Brasil
La evaluación colaborativa como modelo psicoterapéutico en riesgo suicida	<i>Dr. Quetzalcóatl Hernández Cervantes</i> AMS - Universidad Iberoamericana Puebla	Intervención sistémica familiar ante el riesgo suicida	<i>Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo</i> AMS - UNAM
Ciencia, arte y cultura	<i>Dra. Irma Corlay Noriega</i> Centro Médico Nacional Siglo XXI	Posvención en duelo por suicidio de un familiar	<i>Dra. Diana Altavilla</i> Centro de Atención al Familiar del Suicida - Argentina
Salud y suicidio en el personal médico	<i>Dra. Ana Fresán Orellana</i> Instituto Nacional de Psiquiatría INP RDFM	Seguimiento telefónico de pacientes en riesgo suicida	<i>Mtro. Alejandro Vázquez García</i> AMS - UNAM
Genética del suicidio	<i>Dr. José Humberto Nicolini Sánchez</i> Instituto Nacional de Medicina Genómica	Suicidio y secretos familiares. Reflexiones clínicas sobre una ecología relacional compleja	<i>Dra. María Christiansen</i> Universidad de Guanajuato
El suicidio en momentos de pandemia	<i>Dra. Sol Durand Arias</i> Instituto Nacional de Psiquiatría RDFM	Psicodinamia y manejo clínico de las autolesiones	<i>Dra. Ana Ma. Chávez Hernández</i> AMS - Universidad de Guanajuato
<i>Clausura:</i> Autocuidado en el personal de salud mental que atiende el riesgo suicida	<i>Dra. Rebeca Robles García</i> INP RDLFM		

sociales pueden brindar, especialmente las consecuencias en la salud mental de la población general por el confinamiento y la contingencia por COVID-19. Así, por primera vez, se elaboró un programa paralelo a las Jornadas tradicionales dirigido a personal sanitario, brindando información oportuna a la población abierta de Jalisco, con la finalidad de infundir una cultura y alfabetización de salud mental mediante estrategias de autoprotección de la salud alineadas al programa institucional “Acércate, hablemos”, dirigido a madres,

padres de familia, personas responsables del cuidado de niñas, niños y adolescentes, estudiantes, personas con problemas de salud mental, y personas cuidadoras de las mismas. Para ello, promotores de los distintos CISAME de la Red de Atención en Salud Mental en Jalisco diseñaron cápsulas informativas, las cuales fueron transmitidas en vivo desde la página oficial de Facebook (<https://www.facebook.com/INSTITUTOSALME/>). El programa se resume a continuación.

Tabla 3. Programa paralelo XIII Jornadas SALME dirigido a personal sanitario

Tema	Ponente
Autoestima	<i>Lic. Psic. Miguel Morales Santos</i> CISAME Ameca
Empatía	<i>Mtra. Laura Karina Badillo Guzmán</i> CISAME Tlaquepaque
Comunicación asertiva	<i>Lic. Psic. Carmen Alejandra Ponce Vázquez</i> CISAME Autlán
Alfabetización emocional y crianza respetuosa	<i>Lic. Psic. Rosa Elena Ramírez Ruelas.</i> CISAME Ameca
<i>Conferencia magistral:</i> Postvención: La vida después del fallecimiento por suicidio de un ser querido	<i>Dr. José Javier Mendoza Velásquez</i> Secretaría de Salud Facultad de Medicina UNAM
Resiliencia	<i>Lic. Psic. Joel Díaz Navarro</i> CISAME Tlaquepaque
Solución de problemas y conflictos	<i>Lic. Alejandra Castellón Dueñas</i> CISAME Puerto Vallarta
Adherencia al tratamiento: ¿Cómo ayudar para seguir el tratamiento?	<i>Psic. Mayra Janeth Angulo Segura</i> CISAME Tonalá
Técnicas de respiración, relajación y meditación en vivo	<i>Lic. Psic. Julieta Monserrat Ponce Sánchez</i> Cisame Grullo
Clase de yoga	<i>Dolores "Lolita" Alcocer</i> Instructora Vivo 47
Manejo del estrés	<i>Lic. Psic. Claudia Xóchitl Castillo de la Mora</i> CISAME Colotlán
Relaciones interpersonales	<i>Lic. Psic. Christian Reyes Cortez</i> CISAME Ciudad Guzmán

Resultados

Para el programa académico se obtuvo una inscripción de 370 personas, quienes obtuvieron en la prevaloración un promedio de conocimientos iniciales de 60 puntos (gráfica 1), el cual se elevó hasta 84.81 puntos tras atender los contenidos académicos y contestar la postvaloración (gráfica 2), evidenciando un incremento en los conocimientos adquiridos. Tomando como criterio una puntuación de 80 o más en cualquiera de las dos evaluaciones, el 72.16% (267 personas) logró la acreditación y obtención de la constancia con valor curricular.

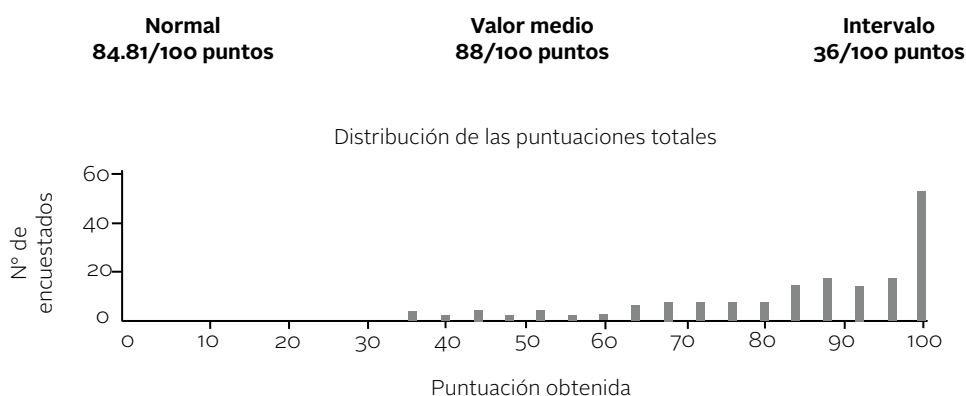
Todos los materiales y contenidos generados durante el desarrollo de las actividades académicas, fueron grabados y compilados en un repositorio virtual consultable en la liga: https://www.youtube.com/watch?v=kXLHmsSNSKU&list=PLLMIR8kAIUFINFOP9n5LqPdqbK8F7_Dpn

Para las Jornadas dirigidas a población general, se elaboraron distintas cápsulas pregrabadas, las cuales fueron transmitidas vía Facebook Live, con introducciones y discusiones temáticas en vivo, y la posibilidad de interactuar con las personas vía chat, leer comentarios y resolver dudas de las personas. Se tuvo una participación promedio entre 10 a 20 personas en cada

Gráfica 1. Resultados de prevaloración



Gráfica 2. Resultados de postvaloración



tema. Todos los materiales y contenidos generados durante el desarrollo de las actividades dirigidas a población general fueron grabados y compilados en un repositorio virtual consultable en la liga: <https://www.youtube.com/watch?v=fJRGs-Pb6v8&list=PLCavay7uMeyM7D6OPfK5fv7KgNEv7pS8b>

CONCLUSIONES

Los desafíos de la implementación de estrategias educativas a distancia y bajo modelos en línea permitió explorar no sólo las áreas de oportunidad para el desarrollo de las Jornadas SALME, sino también las

dificultades técnicas y las brechas virtuales encontradas, desde la infraestructura, hasta la alfabetización digital. Si bien la vigente contingencia sanitaria, presionó para la migración a una capacitación en línea, también permitió un mayor enlace y comunicación al interior de la Red de Atención en Salud Mental de Jalisco, generando experiencias, aprendizajes y nuevas posibilidades para la mejora continua en los programas de actualización, capacitación y académicos brindados por SALME, así como actividades de promoción y prevención dirigidas a la población general para el fortalecimiento y autoprotección de la salud mental.

Tabla 4. Distribución por Unidades de la Red de Atención en Salud Mental

Unidad	Inscripción	Prevaloración	Postvaloración
CAISAME EB	62	43	32
CAISAME EP	68	42	22
CISAME Ameca	8	7	6
CISAME Autlán	9	10	4
CISAME Ciudad Guzmán	4	s/d	1
CISAME Colotlán	8	8	8
CISAME El Grullo	7	5	3
CISAME Puerto Vallarta	4	5	4
CISAME Tlaquepaque	9	9	6
CISAME Tonalá	8	3	2
SALME Administrativo	19	16	11
Módulo Arandas	1	s/d	s/d
Módulo Chapala	1	1	s/d
Módulo Tepatitlán	1	s/d	s/d
Módulo Guadalajara	2	s/d	s/d
Módulos específicos	14	11	12
Módulos Lagos de Moreno	s/d	1	s/d
C.S. Acatlán de Juárez	s/d	1	1
C.S. Ahualulco de Mercado	s/d	1	s/d
C.S. Cajititlán	s/d	1	s/d
C.S. Las Juntas	s/d	1	s/d
C.S. Mezquitic	s/d	1	s/d
C.S. Santa María del Pueblito	s/d	1	1
C.S. Zapopan Norte	s/d	1	1
Hospital General de Occidente	s/d	2	s/d
Profesionista particular	s/d	3	s/d
Servicios de psicología	s/d	7	s/d
Otros	145	-	-
Total	370	180	114

Nota: s/d= sin datos.

Etéreo



EDUARDO MEJORADA



EDUARDO MEJORADA

(Guadalajara, Jalisco, México. 1 de noviembre de 1969)

Artista plástico multidisciplinario de formación autodidacta. Su obra converge en los lenguajes del minimalismo y la abstracción. Ha participado en más de cien muestras colectivas y expuesto de manera individual en 50 ocasiones entre las que destacan las realizadas en: Museo Diego Rivera, Museo Olga Costa, Museo Raúl Anguiano, Museo Manuel Felguerez, Museo Joaquín Clausell, Museo Pedro Coronel, Museo Alfredo Zalce, Museo Ateneo de Arte Contemporáneo de Yucatán, Museo México Contemporáneo, Museo Regional de Colima, Museo de la ciudad de Guadalajara, Casa Taller José Clemente Orozco, Cité des arts, París, Instituto Cultural Cabañas y Ex Convento del Carmen.

En el año 2000 es invitado a formar parte en el taller de pintores del Centro de Arte Moderno de Guadalajara. La obra de Eduardo Mejorada fue incluida en la exposición Arte Abstracto en Jalisco 1933-2010 dentro del marco de la celebración de los 100 años de la abstracción en el Museo Raúl Anguiano.

En 2003 el Gobierno de la República de Francia le otorga una beca de residencia en la Cité Internationale des Arts, en París, donde presenta su primera exposición individual fuera de México. Participó en la exposición Abstracción en México capítulo Jalisco, organizada por el Museo de Arte Abstracto "Manuel Felguérez" en el año 2013. Desde 2004 a 2006, fue profesor de pintura en la Escuela de Artes de la Secretaría de Cultura en el Instituto Cultural Cabañas.

PREMIOS Y RECONOCIMIENTOS

- 2019 Premio de pintura "Jorge Martínez".
- 2019 Beca para la creación artística Consejo Estatal para la Cultura y las Artes del Gobierno de Jalisco.
- 2015 XI Bienal de Pintura "Joaquín Clausell". Selección. Universidad Autónoma de Campeche.
- 2012 III Bienal de Pintura "Pedro Coronel". Selección. Museo Pedro Coronel.
- 2007 VI Bienal de Pintura y Grabado "Alfredo Zalce". Selección. Museo Alfredo Zalce.
- 2005 Salón de Octubre. Primer Lugar. Patronato Fiestas de Octubre de Guadalajara.
- 2005 Premio Nacional de Pintura "José Atanasio Monroy". Tercer Lugar. UdeG.
- 2003 Beca de Residencia. Cité Internationale des Arts, París. Gobierno de la República de Francia.
- 2003 Premio de Pintura "José Atanasio Monroy". Primer Lugar. UdeG.
- 1996 Encuentro Estatal de Arte Jalisco Joven. Primer lugar y mención honorífica.

Su obra se encuentra en importantes colecciones públicas y privadas dentro y fuera de México. Actualmente trabaja en su estudio en la ciudad de Guadalajara.

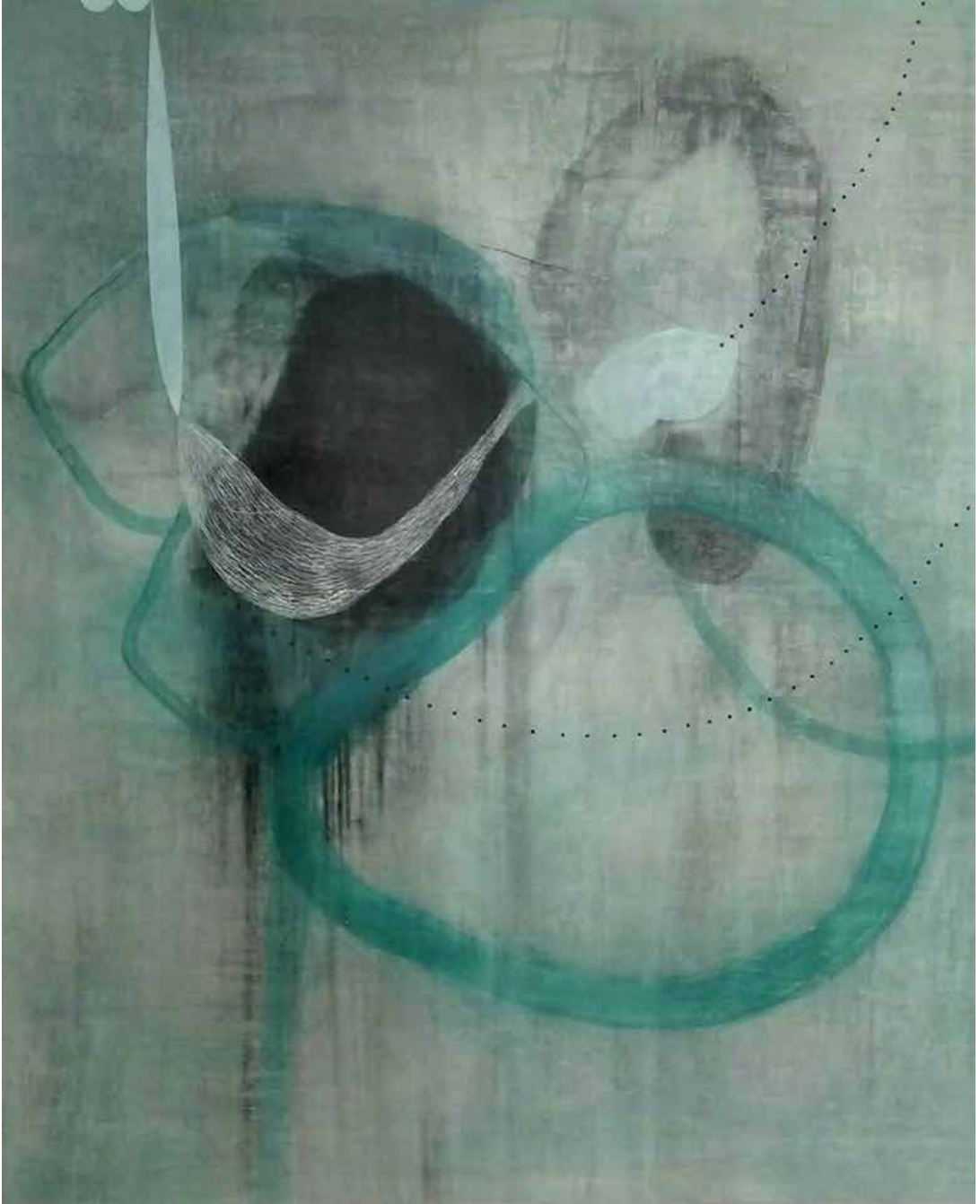




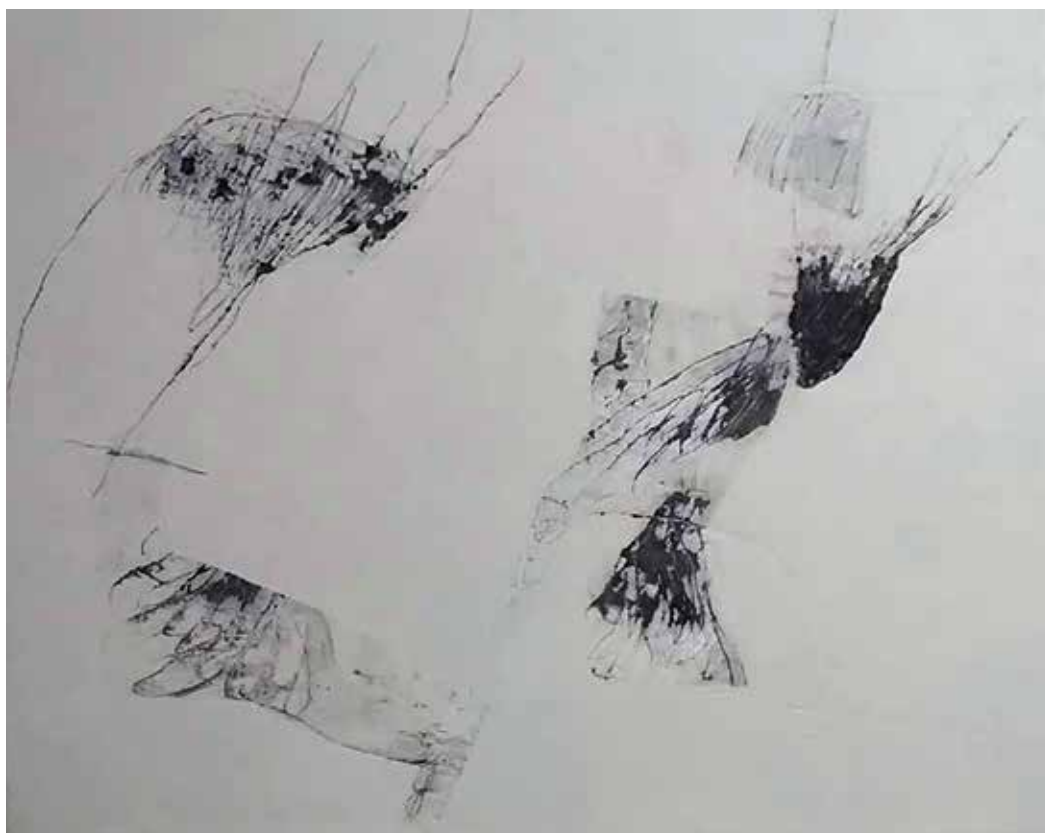


















La línea más completa de antipsicóticos

 **Antredamin®**
Aripiprazol

 **acudopik**
olanzapina

 **RAYA**
Quetiapina

 **Limbik**
Risperidona

Clopsine
Clozapina

 **Flupazine®**
Trifluoperazina

 **Haloperil**
Haloperidol

 **Pontiride®**
Sulpirida

Leptopsique®
Perfenazina

 **psicofarma®**
Al servicio de la salud mental

 **Contigo
en Mente**
www.contigoenmente.com

La LÍNEA MÁS COMPLETA de ANTIDEPRESIVOS

Sertex[®]
Sertralina

Certeza y Experiencia
que respaldan



Fluoxac[®]
Fluoxetina

PRECISIÓN EN EL TRATAMIENTO
DE LA **DEPRESIÓN**



**TABLETA
BIRANURADA**

Selective[®]
Escitalopram

Rápido y Selectivo



1+1

Remicital[®]
Citalopram



Ranurada



LA VIDA EN ARMONÍA

Xerenex[®]
Paroxetina



Ranurada

El camino a la Serenidad



psicofarma[®]
Al servicio de la salud mental
www.contigoenmente.com



El tratamiento efectivo contra la ansiedad



Tabletas Birranuradas

**“Más de 20 AÑOS DE EXPERIENCIA
tratando a MILLONES DE PACIENTES” ***

