



INSTITUTO NACIONAL
DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE

Información

Clínica

Volumen 13

Número 4

Abril del 2002

Adultos con trastorno obsesivo compulsivo de inicio temprano

■ Las investigaciones recientes sugieren que la edad de inicio del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) puede ser una característica distintiva importante. Los niños con TOC, así como los adultos en quienes los síntomas se presentaron a temprana edad, podrían representar un subgrupo de este trastorno. Algunos indicios que sugieren lo anterior se basan en que cuando los síntomas aparecen a una edad prepuberal, predominan los hombres, una alta comorbilidad con tics, frecuentes compulsiones no precedidas por obsesiones y una mayor agregación familiar.

El artículo procede de Sao Paulo, Brasil. Su objetivo fue determinar si la edad de inicio de los síntomas permitía diferenciar a los grupos más homogéneos de pacientes con TOC. La muestra se formó con 42 pacientes adultos con diagnóstico de TOC, de acuerdo con la entrevista clínica estructurada del DSM IV. La edad promedio fue de 32 años. La muestra se dividió en dos grupos de acuerdo con la edad de inicio de los síntomas: el grupo de inicio temprano (a los 10 años o antes, N= 21), y el grupo de inicio tardío (a los 17 años o más, N= 21). Excluyeron a todos aquellos pacientes en los que empezó el trastorno entre los 11 y 16 años. Los pacientes fueron evaluados con los siguientes instrumentos: las escalas de verificación y severidad de síntomas obsesivo-compulsivos de Yale-Brown, las escalas de verificación y de severidad de tics de Yale; un instrumento para evaluar las experiencias subjetivas asociadas a conductas repetitivas, y los inventarios de depresión y de ansiedad de Beck. También se evaluó la respuesta al tratamiento, considerando como respondedores a los pacientes que mejoraron 40% en las puntuaciones totales de la Escala de Severidad de Yale.

Los autores no encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto al género, a la edad al momento del estudio, ni a la escolaridad. El grupo de inicio temprano obtuvo puntuaciones totales significativamente más altas en la Escala de Severidad de Yale, que el grupo de inicio tardío, principalmente como resultado de las mayores puntuaciones en la subescala de compulsiones. No se encontraron diferencias entre los grupos con los otros instrumentos.

El grupo de inicio temprano presentó significativamente más compulsiones de repetición, así como obsesiones y compulsiones de atesoramiento.

El grupo de inicio temprano presentó con significativamente más frecuencia comorbilidad con el trastorno de tics crónico y

con el trastorno de Gilles de la Tourette que el grupo de inicio tardío. En cuanto a la respuesta al tratamiento farmacológico, el grupo de inicio tardío respondió con mayor frecuencia al tratamiento que el grupo de inicio temprano.

El análisis de regresión logística mostró que la edad de inicio predice la respuesta al tratamiento.

Los autores concluyen que la edad de inicio puede ser un factor importante para dividir a los pacientes con TOC.

Efectivamente, como lo plantean los autores, se ha propuesto que la edad de inicio puede ser un factor útil para diferenciar a los grupos de pacientes obsesivos, sin embargo, considerar la edad de inicio en este padecimiento es un asunto controvertido, pues algunos autores plantean que el trastorno se inicia cuando comienzan los síntomas obsesivos, mientras que otros consideran que empieza cuando los síntomas deterioran el funcionamiento del sujeto. Los autores se inclinan por la primera propuesta, sin embargo, cabe recordar que las obsesiones pueden formar parte de una vida mental normal, especialmente durante la infancia, cuando los pensamientos obsesivos son repentinos, pasajeros y sin consecuencias para el funcionamiento del sujeto, por lo que la sola presencia de síntomas obsesivos no puede considerarse como el principio del trastorno. En este sentido, los sistemas de clasificación actuales consideran como uno de los criterios requeridos para el diagnóstico, la existencia de ansiedad excesiva, o bien, que los síntomas interfieran significativamente en el funcionamiento de por lo menos uno de los aspectos de la vida del individuo, por lo que los síntomas aislados que no dete-

Contenido

| | |
|---|-----------|
| Adultos con trastorno obsesivo compulsivo de inicio temprano | 19 |
| Violencia y medicina: las políticas necesarias de salud pública | 20 |
| El trastorno hipersexual y el interés por la pornografía en Internet | 21 |
| El abuso sexual en la infancia y los trastornos de la alimentación | 23 |
| ¿La elevada expresión de la emoción es un marcador de familias que se interesan por su paciente? | 24 |

rioran su funcionamiento son inespecíficos y no constituyen un trastorno, por lo que los resultados de este estudio son cuestionables por la división que se hace de los grupos con base en la edad a la que se presenta el trastorno.

Otra crítica a este artículo se relaciona con la edad que establecen los autores para el inicio temprano y el inicio tardío. En las poblaciones adultas, como la aquí evaluada, ambos grupos de edad son de inicio temprano de acuerdo con la edad media a la que principia el trastorno. Rasmussen y Eisen indican que la edad promedio a la que se inicia el trastorno es de 21 años en los hombres y 22 en las mujeres, sin embargo, en la tercera parte de los casos los síntomas obsesivos comienzan antes de los 15 años y en dos terceras partes antes de los 25. En los niños la edad promedio es de 10 años. Swedo y cols. indican que en las series de niños con TOC la edad promedio a la que se presenta el trastorno es de 9.6 años en los niños y de 11 años en las niñas.

Por otro lado, los autores excluyeron a aquellos pacientes en los que se presentó entre los 11 y los 16 años, pues no los incluyen en el grupo de inicio temprano ni en el de inicio tardío, a pesar de que entre la población adulta, esta edad de inicio se consideraría temprana.

Para determinar si la edad a la que empieza el trastorno constituye un factor para diferenciar a los grupos con TOC, se requiere de una investigación con criterios más estrictos, incluyendo específicamente a los pacientes que tienen TOC desde la infancia, y compararlos con el grupo de pacientes en los que se presentó cuando ya eran adultos.

(Cristina Lóyzaga)

Bibliografía

- DO ROSARIO-CAMPOS MC, TOMANIC-MERCADANTE M, GEDANKE-SHAVIT R, DA SILVA-PRADO H, SADA P, ZAMIGNANI D, MIGUEL E: Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158; 11: 1899-1903, 2001.
- RASMUSSEN SA, EISEN JL: The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 15: 743-758, 1992.
- SWEDO SE, RAPOPORT JL, LEONARD H, LEANE M, CHESLOW D: Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 46:335-341, 1989.

Violencia y medicina: las políticas necesarias de salud pública

■ La violencia lleva a la muerte y a la discapacidad, sin importar quien la cause. Las consecuencias de la violencia, por lo tanto, conciernen a los médicos. El argumento de que los intereses de la medicina deben concentrarse en curar, es una visión muy estrecha del rol del médico. Los profesionales de la salud están tan obligados a prevenir como a curar, por lo tanto, los médicos deben tratar de evitar las condiciones que fomentan la violencia. Estas condiciones incluyen las fuerzas sociales que influyen a los individuos y a las sociedades para iniciar o tolerar actos violentos. *Es una verdad trivial decir que los médicos no son políticos. Pero la medicina y sus instituciones no pueden escapar de la política.* Para reducir el peso del daño causado por la violencia, los médicos deben observar cómo determina la política a la clínica. La ONU reconoció a la violencia como un pro-

blema de salud pública al crear un «Departamento de Prevención de Lesiones y Violencia» en marzo del 2000.

La fuerza social que tiene implicaciones políticas (como en la libertad de expresión) es la violencia que se muestra en las pantallas de televisión. El estudio de actos individuales de homicidio y su relación con la violencia televisiva (basada en las asociaciones con la observación repetitiva de películas violentas), produce un entorno irresistible que lleva a esta relación.

La enfermedad psiquiátrica, el alcohol, las armas de fuego, las drogas y los conflictos domésticos ofrecen otras vías de estudio. Estos factores desencadenantes tienen dimensiones tanto políticas como sociales. Pero al examinar los factores de riesgo por separado se limita su estudio. Cada una de estas fuerzas tiende a afectar el comportamiento de los individuos más que el de las comunidades.

¿Hay fuerzas que puedan influenciar la violencia en la sociedad? Las mujeres son víctimas de la violencia en muchos países, lo cual es frecuentemente el reflejo de su nivel de desventaja dentro de esas sociedades. Por ejemplo, la violencia sexual, especialmente la violación, es un medio común y efectivo de aterrorizar a las comunidades durante la guerra. En un contexto fuera de los problemas bélicos, la mujer puede sufrir ciclos de violencia desde su nacimiento hasta su edad adulta. Algunos escritores sostienen que el abuso durante la infancia incrementa la posibilidad de que en el futuro se presente un comportamiento criminal y violento entre las mujeres, aunque estas teorías están basadas, generalmente, en estudios retrospectivos. En las naciones en desarrollo, la debilidad del estado social y económico de la mujer parece tener un profundo efecto en los índices de suicidio y homicidio. En un estudio de Bangladesh más de 6 000 decesos se relacionaron con lesiones, y de éstos, más de la mitad fueron suicidios. Los investigadores especularon que el estatus social tan bajo de las mujeres, aunado a su dependencia económica de los hombres, erosionó la protección que se podía haber puesto en marcha contra las presiones de la familia y la comunidad.

La brutal represión contra las mujeres en Afganistán aumentó cuando el régimen Talibán llegó al poder en 1996.

Las organizaciones como la de los «Médicos por los Derechos Humanos» han dirigido su atención hacia la opresión sistemática de las mujeres en ese país. Pero sólo desde el espectacular atentado terrorista en Nueva York, el 11 de septiembre, el mundo se movilizó en contra de las leyes talibanes. ¿Acaso es necesaria la violencia en occidente para que ésta se denuncie en otros países?

El enfoque biomédico tradicional de la enfermedad impide hacer estudios interdisciplinarios más amplios, específicamente en relación con la política, acerca de la prevención de la violencia. Aunque los debates sobre la ayuda humanitaria y el desarme han ampliado el alcance de la medicina en años recientes, aún no han ido lo suficientemente lejos. La violencia es también parte del debate acerca de la globalización.

Los escritos de Hannah Arendt, de 1970, sobre las protestas estudiantiles contra la guerra de Vietnam, se reflejaron en la relación entre la violencia y el poder. Su tesis fue que: «cada disminución en el poder, es una invitación abierta a la violencia». Ella argumentó que cuando el poder político empieza a colapsarse, se incrementa la tentación de cometer actos violentos. La antítesis de la violencia es entonces no la paz, sino el poder. Arendt también separó el terrorismo de la violencia ordinaria por pensar que el terror se volvía dominante una vez que la violencia había destruido al poder.

¿Qué evidencia existe para sostener la hipótesis de que hay una relación inversa entre el poder y la violencia? En «Prosperi-

dad y violencia», Robert Bates indicó que el desarrollo y la violencia han ido de la mano desde las sociedades agrarias tempranas hasta nuestros días. Sus hallazgos empíricos confirman ampliamente las teorías de Arendt. Las sociedades se desarrollan, según Bates, no sólo porque el capital se genera por la actividad económica, sino también porque la violencia se controla y se apaga. Su análisis proporciona lecciones importantes para la salud pública.

En los primeros asentamientos humanos, la abundancia era simplemente algo que inducía a los demás a robar. Las familias defendían sus posesiones por medio de la venganza inmediata. El creer en la amenaza de represalias producía la paz, aunque el precio era una vida de pobreza. Ninguna familia podía arriesgarse a volverse demasiado rica, debido a que un ataque violento sería el único resultado seguro. Pero en algunas sociedades había familias que convirtieron la violencia privada en un servicio público dirigido por fuerzas armadas profesionales. La élite gobernante institucionalizó la violencia y se convirtió en una fuente de protección. Mientras su poder se retuviera, la violencia en la sociedad se suprimía.

Debido a que los avances en la ciencia y la tecnología incrementaron el costo de los instrumentos de la guerra, el único modo de financiar los conflictos fue con la recaudación de impuestos. Para asegurar el sostén público, los gobiernos adoptaron instituciones políticas democráticas con el fin de ganarse el consentimiento de las masas de que contribuyen los gastos de la guerra. Se intercambiaron un poco de poder por legitimidad. Recientemente, el fin de la guerra fría llevó a la crisis a muchos estados (especialmente en África), que se habían mantenido sólo con el dinero estadounidense y soviético. En cuanto este apoyo se perdió por la desaparición de la Unión Soviética, la violencia retornó. Pero la comunidad internacional no sintió más la necesidad de apoyar a los estados inestables. Las naciones occidentales se habían interesado en controlar la violencia en las naciones más débiles sólo cuando sus propios intereses estaban en peligro. Bates concluye que «El estudio de la política económica del desarrollo es el estudio de la prosperidad y la violencia».

De este análisis ha empezado a emerger un programa de salud pública. En el futuro la investigación deberá observar más de cerca cómo pueden influenciar las políticas macroeconómicas, los cambios políticos globales y el curso de los sucesos internacionales (las crisis por la deuda, los desastres naturales y las epidemias), las condiciones que llevan a la violencia. Lo que resulta claro es que para reducir la amenaza de la violencia en un país, se requiere una sociedad civil estable, una burocracia de estado eficiente, valores morales compartidos con otras naciones y el libre intercambio de información por medio de la inclusión de políticos, científicos, abogados, empresarios y estudiosos en las comunidades transnacionales. La medicina es una de las disciplinas transnacionales que ofrece oportunidades de acercamiento entre las personas que de otra forma tendrían diferentes creencias políticas o religiosas.

Las sociedades médicas europeas y americanas deberían ponerse en contacto con sus colegas de cualquier otro lugar, trabajar por la equidad, la tolerancia, la justicia, la colaboración internacional y, quizás lo más importante de todo, por nuevos conocimientos. Aquí el nexo en común es la información y la educación. El libre flujo de información tiene la posibilidad de disminuir, en un largo plazo, la falta de entendimiento que hay entre las personas, crear una atmósfera de no-violencia en la cual los desacuerdos puedan resolverse, y promover colaboraciones fructíferas que resistan el recurso de la violencia. El acceso a la información en medicina podría proporcionar incentivos para mejorar los sistemas de salud, capacitar en investigación y dis-

minuir los conflictos violentos que degradan el desarrollo de cualquier nación.

Si alguna vez los gobiernos occidentales se preguntaron cómo podrían servir dichas preocupaciones a sus propios intereses, los sucesos del 11 de septiembre les han dado una clara respuesta. El colapso del estado en Afganistán permitió a los terroristas encontrar un refugio seguro para crecer mientras la nación sufría. Ningún país occidental puede ahora permitirse ignorar las fallas del estado y sus consecuencias: la pobreza, el hambre, la enfermedad, la corrupción y la violencia. Estas condiciones han sido desatendidas en la búsqueda de estrategias para la prevención de la violencia. Los límites disciplinarios que rodean la salud pública, han excluido en su mayoría a los estudiosos de las relaciones internacionales. A mediados del 2002, la ONU publicará el primer «Reporte Mundial sobre Violencia y Salud». Los objetivos de dicho reporte son tener conciencia de la violencia como un asunto de salud pública, proporcionar estadísticas sobre la violencia en los países y resaltar la contribución de la salud pública en la investigación y prevención de la violencia. Esta es el común denominador detrás de actos que van desde la violación y el homicidio, hasta la guerra y el terrorismo internacional. Pero en su esfuerzo por ser políticamente neutral, las políticas de salud pública desarrolladas por la ONU y otras agencias, no deben olvidar una de las causas más importantes de la violencia. La historia del desarrollo humano indica que la política es, después de todo, la Salud en una versión corregida y aumentada.

(Ricardo Iván Nanni Alvarado)

Bibliografía

HORTON R: Violence and medicine: the necessary politics of public health. *The Lancet*, 358:1472-1473, 2001.

El trastorno hipersexual y el interés por la pornografía en Internet

■ El trastorno hipersexual, al igual que la mayoría de los trastornos psiquiátricos, se ve afectado de manera directa por la forma en que la cultura avanza y se modifica. Es importante recalcar la forma tan especial en que el acceso a los más nuevos medios de comunicación, especialmente el Internet, puede sacar a la luz signos que facilitan el diagnóstico del trastorno hipersexual. El acceso cada vez más fácil a cualquier tipo de información a través de este sistema, permite reconocerlo tempranamente, por lo que deberíamos preguntarnos hasta qué punto lo puede facilitar o catalizar. A través de la “gran red de información” (o de desinformación, como algunos la llaman) se puede acceder a todo tipo de datos de gran utilidad pero, al mismo tiempo, ayudados por el anonimato que permite este sistema, también a un sinnúmero de imágenes, textos, sonidos y demás estímulos que pueden crear una verdadera adicción, la cual es particularmente difícil de tratar debido a la facilidad con la que se accede a éstos, y al aislamiento culturalmente aceptado que fomenta la creciente utilización de las computadoras. El caso que se presenta a continuación encaja perfectamente dentro de lo que Krafft-Ebbing definió hace 100 años como “sexualidad patológica” y

que describe de la siguiente manera: “*Esta patología permea todos los pensamientos y sentimientos del paciente, no permitiéndole otras metas en la vida, tumultuosamente, y en un patrón de crecimiento de raíces, demanda la gratificación inmediata sin siquiera cuestionarse la posibilidad de valorización moral o de bienestar, y resolviendo estos apetitos de manera impulsiva, con una sucesión insaciable de regocijos sexuales... Esta sexualidad patológica es un terrible azote para sus víctimas, ya que ocasiona el peligro constante hacia la violación de las leyes del estado y la moralidad, a perder el honor, la libertad e incluso la vida*”.

Presentación de un caso

El señor A es un hombre casado de 42 años de edad, sociólogo académico, que acudió a la consulta psiquiátrica principalmente por padecer de un trastorno depresivo mayor recurrente, a pesar de estar recibiendo un tratamiento continuo con fluoxetina, que aunque hizo disminuir sus síntomas depresivos al principio, recientemente, debido a nuevos estresores, volvieron a aparecer con irritabilidad, anhedonia, disminución en la concentración y cambios en el patrón del sueño y del apetito. Ahondando en la semiología, el señor A reveló que durante este periodo pasó varias horas al día buscando imágenes pornográficas específicas en Internet. El paciente presenta una clara ansiedad ante la pérdida de control que esta conducta representa para él y también reconoce que cada vez gastaba más dinero en bajar imágenes de la red. Su conducta también ha hecho disminuir notablemente su actividad como investigador, sin embargo, tiene reputación de ser un excelente maestro y no está en peligro inmediato de perder este puesto. Refiere que su relación marital no se ha visto afectada, aun cuando él se masturba varias veces al día; pero no es capaz de alcanzar el orgasmo cuando él y su esposa tienen relaciones sexuales durante la noche. El señor A nos indica que la primera vez que tuvo un episodio de depresión que requirió de tratamiento con un antidepresivo fue a los 18 años, cuando rompió con su pareja. Ha tenido episodios subsecuentes de depresión, por lo que ha tomado fluoxetina durante 3 años. Un cuidadoso interrogatorio reveló que no hay historia de episodios de hipomanía, de manía, ni de ningún otro diagnóstico en el eje I. A pesar de que la depresión del señor A respondió a los medicamentos, él siguió viendo pornografía en Internet. Siguió masturbándose, sobre todo cuando aumentaba el estrés en el trabajo y en su casa, y llegó a masturbarse hasta llegar al orgasmo más de tres veces al día. Sin embargo, esto no parecía afectar su funcionamiento social y ocupacional, hasta que empezó a ver pornografía en Internet. En la universidad tenía acceso a Internet todo el personal desde hacía tres años. El señor A había usado este servicio para fines de investigación, pero últimamente pasaba mucho tiempo en los sitios de chat sexual por considerarse muy “macho”, lo cual contrastaba fuertemente con su carácter tímido y evitativo. Con el tiempo, empezó a navegar en Internet buscando imágenes de hombres dominantes o machistas teniendo relaciones sexuales con una mujer, para tener la fantasía de que él era el hombre dominante de las fotografías, y se masturbaba hasta el orgasmo. El señor A refiere que buscar la fotografía que deseaba le podía llevar horas. Pues el hombre debería de ser dominante, sin embargo, él no se excitaba al ver que la mujer estuviera siendo lastimada en estas fotografías. Una detallada historia sexual no reveló nada fuera de lo ordinario. No había historia de abuso sexual en la infancia. El señor A se negó a acudir a psicoterapia, pero aceptó el aumento de la dosis de fluoxetina a 40mg/día, con lo cual disminuyó los síntomas afectivos, sin que hubiese cambios en su conducta hipersexual.

Algunos meses después, el paciente accede a recibir su psicoterapia. Después de un seguimiento de un año, el señor A refirió que la psicoterapia le fue útil para disminuir las conductas evitativas, las cuales le habían causado más estrés en el trabajo, y ahora experimenta sentimientos de culpa por su pérdida de control en la conducta sexual. También indica que disminuyó el uso del Internet, a pesar de que cuando aumenta su estrés en el trabajo o los sentimientos de soledad, aún ve excesivamente la pornografía y se masturba más.

Discusión

Los sistemas de comunicación recientes son un gran campo para la expresión de diferentes formas de psicopatología. El Internet, en particular, es frecuentemente utilizado para expresar diferentes síntomas, incluyendo la sexualidad patológica. Los estudios recientes sugieren que la sexualidad patológica está lejos de ser poco común. Este trastorno aparece más frecuentemente en los hombres, quienes pueden presentar un amplio rango de conductas, incluyendo la masturbación compulsiva, el uso excesivo de pornografía impresa o telefónica y el uso patológico de los servicios de las sexoservidoras. Como en los trastornos del control de impulsos, a pesar de que los síntomas son gratificantes, también hay un elemento de egodistonia. Los diagnósticos comórbidos incluyen a los trastornos afectivos, a los trastornos de ansiedad, y a los trastornos por el uso de sustancias.

Quizás el término “trastorno hipersexual” sea el más apropiado en este caso, pues se refiere al gran número de actos sexuales a la semana que terminan en orgasmo. Este término se enfoca a los fenómenos observables, no a cualquier marco teórico inadecuado. Se puede formular un criterio diagnóstico que distinga el trastorno hipersexual de la conducta propiamente sintomática de otro trastorno (como la depresión), así como de la conducta sexual normal. Se requiere que el paciente tenga un excesivo interés en sus fantasías sexuales no parafilias, con impulsos o conductas sexuales excesivas durante un periodo notable de tiempo (6 meses). Además, determinar si los síntomas no pertenecen, más bien, a algún otro trastorno del eje I (episodios maníacos o delirios erotomaníacos) y que los síntomas no sean producto directo de los efectos fisiológicos del uso de alguna sustancia o de alguna condición física general. Finalmente, para determinar si las fantasías, los impulsos y las conductas sexuales son excesivas, debe tomarse en cuenta la edad (es normal que los adolescentes tengan mucho interés en la sexualidad), y en los valores subculturales (en los que valoran el celibato, los impulsos sexuales que provocan síntomas de ansiedad pueden ser normales), así como el grado en el que estos síntomas son fuente de ansiedad o interfieren con áreas importantes del funcionamiento. Hay varios medicamentos que son útiles para tratar este trastorno, especialmente los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS), que son los que más han captado la atención. De la misma manera, la psicoterapia que se utiliza rutinariamente da buenos resultados, a pesar de los pocos trabajos de investigación en este rubro. Por lo tanto, los trabajadores de la salud mental que se especializan en el trastorno hipersexual piensan que muchos pacientes se pueden beneficiar con un cuidado clínico apropiado.

(Alberto de la Chica Medina)

Bibliografía

STEIN DJ, BLACK DW, SHAPIRA NA, SPITZER RL: Hypersexual disorder and the interest of pornography in the Internet. *Am J Psychiatry*, 158:10, Oct 2001.

El abuso sexual en la infancia y los trastornos de la alimentación

■ El presente artículo pretende establecer si hay o no relación entre el trauma sexual y las alteraciones de la conducta alimentaria, tomando en cuenta la etapa del desarrollo en la que la víctima se encontraba y si había algún efecto del abuso sexual múltiple. Los estudios que se consideraron como antecedentes investigaban la relación entre el abuso sexual en la infancia y los trastornos de la alimentación. Revelaron que los trastornos de la conducta alimentaria sí tienen una relación directa con los antecedentes de maltrato infantil, aunque no propiamente con el abuso sexual y, al mismo tiempo, que dichos antecedentes son un factor de riesgo para que se presente la bulimia nervosa.

En este estudio se examina la relación descrita previamente con una metodología adecuada. Este es el primer estudio relacionado que utiliza el EDE, que evalúa los síntomas de la alteración de la conducta alimentaria para medir la conducta alterada en una muestra seleccionada por sus antecedentes de abuso sexual. Además, el estudio incluye a grupos control, lo cual permite examinar cómo influye la etapa del desarrollo en la que ocurre el abuso sexual, así como los efectos aditivos de estas experiencias sobre el trastorno de alimentación. Finalmente, se trató de establecer la asociación que hay entre las experiencias traumáticas tempranas y el desarrollo de conductas impulsivas y autodestructivas. Se plantearon las siguientes hipótesis:

- 1) Las personas violadas muestran evidencias moderadas de alteraciones de la conducta alimentaria, las cuales son más graves en las que padecieron el abuso sexual durante la infancia.
- 2) Los individuos violados y que padecieron el abuso sexual durante la infancia muestran niveles significativamente mayores de alteraciones del patrón alimentario que los individuos que únicamente experimentaron alguno de los dos.
- 3) La bulimia nervosa de alta impulsividad es más común en las víctimas de abuso sexual en la infancia, pero particularmente en aquellos que fueron violados posteriormente cuando ya eran adultos.

El método utilizado consistió en la formación de cuatro grupos de mujeres adultas que fueron víctimas de abuso sexual en la infancia, de violación en la edad adulta, de ambos, y de controles que no tuvieron ningún tipo de trauma sexual. Todos los sujetos fueron evaluados por medio de entrevistas semiestructuradas e inventarios de autoevaluación (el inventario de esquemas de apariencia, el cuestionario de evitación de la imagen corporal, la escala de conductas impulsivas, el SCID-I, y la de atracones impulsivos), que calificaban la alteración de la conducta alimentaria, así como la psicopatología general y la impulsividad.

Los resultados brindaron la siguiente información: las víctimas de abuso sexual en la infancia difirieron de los controles en cuanto a las alteraciones de la conducta alimentaria principalmente relacionadas con los patrones de restricción dietética y la preocupación por el peso, mientras que los individuos que experimentaron tanto el abuso sexual en la infancia como la violación en la edad adulta mostraron más psicopatología relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria. Las víctimas de abuso sexual infantil también se distinguieron por mostrar niveles altos de alteraciones de conducta alimentaria con formas múltiples de comportamientos autodestructivos.

De esta forma se puede concluir que dichos resultados apoyan la predicción de que el abuso sexual en la infancia aumenta el riesgo de desarrollar una psicopatología relacionada con la alimentación, aunque no se cuenta con la evidencia suficiente para demostrar que este efecto sea simplemente producto de un trauma sexual, ya que los sujetos que habían sido violados no mostraron dicho riesgo.

En búsqueda de una explicación de esta asociación, diversos autores como Andrews y Kearney-Cooke describieron que el abuso sexual infantil ocasiona fuertes sentimientos de vergüenza relacionados con el cuerpo. Por lo tanto, las alteraciones alimentarias pueden representar un esfuerzo para manejar dichas emociones y modificar simultáneamente algunas características del cuerpo. Putnam y Trickett plantean que los traumas infantiles tempranos pueden producir diversos tipos de psicopatología que a veces aumentan la vulnerabilidad a los trastornos de la alimentación. Una tercera explicación es que el abuso sexual infantil produce un desequilibrio psicobiológico que aumenta el riesgo de desarrollar conductas impulsivas, aunque éstas no determinan su asociación con los trastornos de alimentación.

Así mismo hay datos sobre la asociación que hay entre los trastornos de la conducta alimentaria y la automutilación; incluso algunos otros estudios sugieren que la relación entre las alteraciones de la alimentación y las conductas autodestructivas se encuentra en la historia de maltrato infantil.

Aún hay que investigar más para aclarar la asociación que hay entre las experiencias traumáticas durante la infancia y las conductas autolesivas impulsivas, investigando específicamente si ciertos comportamientos o formas de psicopatología intervienen entre el abuso sexual infantil y las alteraciones de la alimentación para poder responder a la siguiente pregunta: ¿Este patrón de desequilibrio e impulsividad es acaso posterior al trauma infantil, mejor considerado como un trastorno de la conducta alimentaria con comorbilidad, o será una forma de trastorno por estrés postraumático, un trastorno de la personalidad, un trastorno del control de impulsos o alguna otra cosa?

El hallazgo de que los individuos que han padecido tanto el abuso sexual en la infancia como la violación en la edad adulta tienen las tasas más altas de alteraciones de la conducta alimentaria y en la impulsividad asociada a ésta, apoya el concepto de que si el trauma ocurre a edad temprana puede sensibilizar a un individuo ante las adversidades posteriores o las experiencias traumáticas.

A pesar de que el estudio está limitado por la naturaleza de su diseño transversal y a la confiabilidad de mediciones que pueden estar influenciadas por información retrospectiva que podría estar distorsionada, no podemos dejar de considerar que las medidas obtenidas pudieran estar más distorsionadas que en otros estudios.

Cerca de 93% de los niños sometidos al abuso sexual, padecieron éste antes que la alteración de la conducta alimentaria, por lo que se puede descartar que estos sujetos pertenezcan a *clusters* de personalidad que aumenten su vulnerabilidad a sufrir un traumatismo sexual y alteraciones de la conducta.

Se espera que los futuros estudios realizados con un diseño prospectivo longitudinal puedan aclarar aun más esta área de estudio.

(Claudia Becerra Palars)

Bibliografía

WONDERLICH S y cols.: Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *Int J Eat Disord*, 30:401-412, 2001.

¿La elevada expresión de la emoción es un marcador de familias que se interesan por su paciente?

■ Se ha sugerido que la presencia de un ambiente familiar con un nivel elevado de comentarios críticos y/o sobreinvolucramiento aumenta la posibilidad de recaídas de los episodios psicóticos. La presencia de tal ambiente es tradicionalmente conceptualizada y medida como el nivel de “emoción expresada” (EE) en un familiar cercano al paciente. La EE es más bien considerada como un “rasgo” del familiar que como un “estado” en respuesta a ciertas características del paciente. Sin embargo, una alternativa a la hipótesis del “rasgo” es la de que al menos algunos elementos de la EE, como el sobreinvolucramiento, realmente representan intentos por parte de los cuidadores para lidiar con su familiar que sufre de un padecimiento psiquiátrico, o para interesarse en él.

En este estudio se analizaron individuos que se seleccionaron de acuerdo al tiempo de prevalencia de un periodo psicótico (al menos dos semanas), según los Criterios de Investigación Diagnóstica (CID) y su relación con los familiares de primer grado. La información sobre los síntomas psiquiátricos se obtuvo por medio de entrevistas estructuradas. En total, 67 familias contribuyeron con 25 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (80%) o trastorno esquizoafectivo (20%) según los criterios del CID, y 51 familiares sanos.

Las medidas que se utilizaron para examinar la presencia de “emoción expresada” fue la Muestra de Discurso en Cinco Minutos (*Five Minute Speech Sample, FSM*), que analiza el clima emocional que se establece entre los sujetos y un familiar cercano, de acuerdo con el contenido y el tono de sus comentarios durante un monólogo de cinco minutos. Asimismo, se utilizó el cartón de vida de la O.M.S. del estudio multicéntrico del curso y pronóstico de la esquizofrenia, con el fin de construir, para cada familia, un estimado del nivel de involucramiento en el cuidado.

Los resultados mostraron que de las 23 familias, 13 (57%) no mostraron involucramiento en ninguna de las tres áreas de cuidado según el cartón de vida; 6 (26%) mostraron algún involucramiento en un área, y 4 (17%) mostraron altos niveles de involucramiento. La presencia de EE se obtuvo en seis de los 31 familiares (19%). La presencia de alta EE en familiares se asoció con el grado de involucramiento familiar percibido; y el nivel de EE no se asoció con la severidad de los síntomas en los últimos dos años. Sin embargo, la presencia de alta EE se asoció fuertemente con el número de episodios psicóticos en los últimos dos o cinco años.

Discusión

Es probable que una proporción de familiares con EE alta en este estudio hayan sido mal clasificados dado que la escala que se utilizó no es la estándar, siendo la Entrevista Familiar de Camberwell (CFI) un método de análisis más comprensivo para la identificación de EE. Asimismo, el pequeño número de resultados positivos pueden deberse al hecho de que la mayoría de los familiares eran hermanos, por lo que sería necesario repetir el estudio con una muestra más amplia, que incluya más padres. Los resultados concuerdan con los estudios previos respecto a que el sobreinvolucramiento emocional (EOI) puede no ser un marcador de rasgo para la interacción familiar disfuncional, sino

que puede ser concebido en los familiares como una respuesta a las características de la enfermedad. Los hallazgos del estudio sugieren que esta respuesta no es sólo emocional, sino que también posee un fuerte componente conductual. Por lo anterior se sugiere que la inclusión de la EOI como parte del constructo de la EE debe ser reevaluada de forma crítica.

Los estudios meta-analíticos sugieren que existe una asociación genuina entre alta EE y las recaídas psicóticas. Los hallazgos de este estudio concuerdan en que las recaídas de la enfermedad tuvieron mayor prevalencia en pacientes cuyos familiares expresaban niveles altos de crítica. Sin embargo, los hallazgos respecto de la crítica pueden entenderse de dos formas: es posible que las formas inestables de la enfermedad con episodios psicóticos frecuentes provoquen una mayor frustración y por lo tanto una actitud más crítica por parte de los familiares; sin embargo, es posible también que una actitud más crítica en los familiares contribuya a provocar recaídas más frecuentes en los pacientes. Probablemente el apoyo más fuerte para considerar a la crítica como “rasgo”, provenga del estudio descrito por Schreiber y cols. Quienes mostraron que un nivel de crítica parental era independiente del estado de enfermedad del niño.

Los hallazgos de este estudio sugieren que el EOI en los familiares se desarrolla como consecuencia de las características de la enfermedad del paciente. Además, los familiares que muestran involucramiento emocional también realizan mayores esfuerzos para tomar con mayor conciencia el cuidado de sus pacientes. Parece inapropiado que aquellos familiares que están más involucrados en el cuidado tengan que ser etiquetados con altos niveles de emoción expresada, un constructo que implica que la conducta de los familiares provoque una evolución con mayor deterioro.

(Abigaíl Ortíz)

Bibliografía

VAN OS J, MARCELIS M, GERMEYZ I y cols: High express emotion. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6):504-50, 2001.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Director Emérito
Dr. Ramón de la Fuente.

Editor de la publicación
Dr. Gerardo Heinze.

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

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

Suscripción anual 2002

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

* Estos precios incluyen el correo aéreo.

Departamento de Publicaciones:

Angélica Bustamante, Norma Vollrath, Mario Aranda Marqués y
Elizabeth Cisneros.

