



INSTITUTO NACIONAL
DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE

Información

Clínica

Volumen 16

Número 3

Marzo 2005

Perspectivas de las niñas y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: resultados de una encuesta nacional

■ El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es bien reconocido como un trastorno de la conducta caracterizado por la persistencia de síntomas impulsivos, hiperactividad y/o inatención, el cual se presenta durante la infancia. De acuerdo con el DSM-IV, el TDAH se diagnostica al detectar por lo menos seis síntomas de inatención o hiperactividad/impulsividad que persisten al menos por seis meses. En función de cumplir los criterios diagnósticos, los síntomas deben causar malestar clínico y disfunción por lo menos en dos áreas importantes de la vida del sujeto. Con una prevalencia estimada de entre 4% y 12% en escolares, se cree que el TDAH es más frecuente en los varones. En muestras clínicas la proporción entre género varía entre 9:1 y 6:1 entre varones y mujeres, respectivamente, mientras que en estudios basados en población comunitaria esta proporción es de 3:1.

Existen diferentes razones para la variabilidad encontrada entre las proporciones de género en los estudios clínicos y los de población abierta. Las muestras clínicas de los primeros solamente capturan proporciones entre género de quienes han sido referidos para tratamiento, mientras que los segundos resultan más representativos en función de la verdadera prevalencia y las características del TDAH. Por lo tanto los estudios con muestras clínicas tienden a inclinarse hacia los casos más severos, fáciles de reconocer; mientras que las muestras abiertas en la comunidad tienden a incluir con mayor frecuencia diferentes proporciones en cuanto a la severidad y presentación clínica. Debido a que las niñas tienden a la inatención, más que a la hiperactividad/impulsividad, podrían quedar afuera de los criterios diagnósticos que se enfocan de manera principal sobre el exceso de la actividad cinética y la disfunción típica de los varones con TDAH. Por lo tanto podrían dejar de ser identificadas en el escenario comunitario. También, las niñas con TDAH son menos propensas que los varones con TDAH a mostrar trastornos de la conducta, agresividad o delincuencia, por lo que son referidas al médico con menos frecuencia por comportamiento disociador. Además, sus síntomas no bastan para llamar la atención de la comunidad en función de la enfermedad. Por lo tanto, el diagnóstico del TDAH en las niñas puede perderse o subestimarse su severidad en su caso.

La presentación atípica del TDAH podría ser una barrera para su tratamiento, ya sea porque la condición no es reconocida o porque no se encuentra la severidad suficiente para garantizar la intervención. De manera paradójica, cuando un problema de la conducta es identificado en niñas, el grado de desviación de la norma (en comparación con otras niñas) se piensa que es mayor que en los niños porque las niñas genéticamente se hallan menos predisuestas a la inatención e hiperactividad que los hombres. Las niñas referidas para valoración psiquiátrica, con frecuencia muestran comportamiento disociado, aunque probablemente en su mayoría no se trata de niñas con TDAH.

También hay pruebas de que el TDAH toma diferente tipo de gravamen en niñas que en varones, a pesar de que ellas no difieren de los varones en las mediciones de impulsividad, aprovechamiento escolar, o interacciones sociales, las niñas presentan una mayor disfunción cognitiva y de la concentración. En un estudio realizado en adultos, las mujeres con TDAH mostraron una mayor prevalencia de depresión, ansiedad y trastornos de conducta al compararlas con una población control. El impacto social y personal tan sólido en las mujeres con TDAH señala la importancia de su identificación y tratamiento temprano.

Debido a que el TDAH es con frecuencia sospechado o reconocido por los padres de los niños, maestros y hermanos, las actitudes de las personas alrededor de estos niños son importantes en cuanto a si la condición del niño esta siendo tratada y cómo.

Se condujo una encuesta a nivel nacional, con el fin de identificar a los posibles respondedores por vía de correo electrónico. Se les asignó una clave única para proteger su información de las múltiples respuestas procedentes de los demás participantes. Todas las

Contenido

Perspectivas de las niñas y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: resultados de una encuesta nacional	13
Sobre antidepresivos embarazo y lactancia	14
Violencia y sonambulismo: un trastorno del sueño, un dilema legal y un reto psicológico	15
Actitud y conocimiento acerca de la enfermedad mental	17
Funcionamiento afectivo, conductual y cognoscitivo en adolescentes con múltiples intentos suicidas	17

entrevistas se llevaron a cabo siguiendo este procedimiento. La muestra incluyó población general (adultos ≥ 18 años de edad; $n = 1797$); padres de niños con TDAH de 6-17 años de edad ($n = 541$), maestros en contacto con niños con TDAH ($n = 550$), y niños y adolescentes con diagnóstico de TDAH, de 12-17 años de edad ($n = 346$). La información de la población general se equilibró para que fuera congruente con las características de dichas poblaciones. La mayoría de los respondedores en los grupos adultos fueron mujeres y a todos se les distribuyó de manera general según su edad y nivel socioeconómico. Entre los participantes infantes con TDAH, los varones y las niñas se equipararon adecuadamente en términos de edad, grupo racial y lugar de residencia.

Otra creencia común es la afirmación de que el TDAH se identifica más frecuentemente en niños varones que en niñas, a menor edad. Un 92% de los maestros piensa que el TDAH se diagnostica con más frecuencia en los varones que en las niñas. Más de la mitad de la población general (51-59%) especula que a las niñas se les diagnostica más tardíamente que a los varones como resultado del “sufrimiento silencioso” que ellas experimentan; sin embargo el resto registra que ambos géneros se diagnostican a edades similares. Otras razones citadas en este contexto, son que las niñas no “expresan” lo que sienten (49%) y que en general son más obedientes que los varones (21%).

La población general y los maestros opinan que los problemas conductuales y la desorganización en clase son las manifestaciones más comunes en los varones con TDAH; mientras que los problemas académicos, la inatención, o los sentimientos de depresión son los indicadores más frecuentes en las niñas. Se observó que por parte de los maestros hubo ciertas variaciones en cuanto a conductas de riesgo con relación al género.

Los resultados en esta encuesta sugieren que el género tiene importantes implicaciones tanto para el diagnóstico como para el tratamiento del TDAH. Dentro de los resultados más marcados se encuentra la creencia de que el TDAH a menudo se presenta en las niñas pero sin que se le detecte. Se percibió claramente que el TDAH se presenta de manera diferente en los varones y en las niñas, y que esta es una razón para ignorarlo o retrasar su diagnóstico en las niñas.

Estas conclusiones de la encuesta en general son congruentes con otros informes publicados. Existen datos que sugieren que el TDAH en las niñas se diagnostica en edades mayores pero no de que la incidencia se presente a una edad mayor en ellas.

La falta de reconocimiento de los síntomas del TDAH en las niñas probablemente culmina en una significativa falta de tratamiento. A pesar de que las diferencias en cuanto a las experiencias subjetivas son significativamente diferentes para los varones y para las niñas, no se trata de un trastorno sin importancia y en uno y otro sexo requiere atención profesional.

Las niñas podrían tener una leve ventaja sobre los varones en un sentido: una vez que se sospecha que sufren de TDAH, sus padres muestran mayor voluntad de buscar consejo médico y sienten menos aversión respecto al tratamiento farmacológico.

Las limitantes de este estudio radican en los probables sesgos de selección en la muestra de respondedores. Ya que el estudio se basó en una encuesta vía correo electrónico, esto podría sugerir que los participantes de la misma tenían un mejor nivel educativo o un más alto nivel socioeconómico que los de la población general. Los niños que contestaron la encuesta totalmente, tendieron a ser mayores que los que no lograron terminarla y esto podría sugerir que la severidad de los síntomas es menor, a mayor edad.

Hasta la fecha no se han hecho estudios prospectivos en niñas con TDAH exclusivamente; solamente hay uno que se encuentra en desarrollo. Esta encuesta ofrece pistas para pensar que el TDAH

podría estar ligado a las niñas con mayor frecuencia que a los varones.

El hecho de que la mayoría de los adultos se hallen al tanto de la falta de diagnóstico del TDAH en las niñas, es estimulante porque sugiere que hay un aumento del conocimiento receptivo sobre el trastorno y que se comprenden más las diferencias entre género. Las niñas no habrán de “sufrir silenciosamente” el peso social y educacional ocasionando por el trastorno.

(Guillermo Jongitud)

Bibliografía

QUINN P, WIGAL S: Perceptions of girls and ADHD: results from a national survey. *Medscape General Medicine*, 6(2):20-25, 2004.

Sobre antidepresivos, embarazo y lactancia

■ Está claramente establecido que la incidencia de la depresión durante el embarazo es un problema identificado con mucha frecuencia en la práctica médica. Esto hace que el uso de antidepresivos en ese estado sea cada vez una práctica más común. Sin embargo, hasta este momento ningún estudio ha demostrado que exista una relación clara entre el uso particular de inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS) y el desarrollo de malformaciones congénitas. No obstante, hay cierta información de que estos fármacos podrían generar alteraciones neurológicas y de conducta en los recién nacidos. Un estudio relativamente reciente, comparó de manera sistemática datos neurológicos y de conducta en recién nacidos a término, unos expuestos y otros no a la acción de los ISRS durante la gestación. A 17 madres que recibieron ISRS (fluoxetina, citalopram, sertralina, paroxetina o combinaciones) durante distintas etapas del embarazo y a dosis variables, se les comparó con otro grupo de mujeres similar en cuanto a nivel socioeconómico y edad, pero que no fueron expuestas a ningún medicamento durante su embarazo. Se encontró que los recién nacidos expuestos nacieron a una edad gestacional menor. Se encontró además que éstos presentaron más frecuencia de temblores y mostraron una variedad más reducida de conducta motora (por ejemplo los expuestos tendían a permanecer más tiempo en periodos de somnolencia, mientras que los no expuestos lograban mantener de forma más continua los estados activos de alerta). Adicionalmente, los niños expuestos presentaron un tiempo más prolongado de sueño de movimientos oculares rápidos, en comparación con los otros.

Este estudio incluyó a un número pequeño de sujetos, además el número de mujeres que recibió cada fármaco en particular fue muy bajo. Las alteraciones encontradas son muy inespecíficas y sobre todo no se aclara si tuvieron una implicación importante a largo plazo. Tal y como se ha establecido en algunos otros estudios, el uso de ISRS

durante el embarazo no presenta ninguna contraindicación absoluta; sin embargo, su prescripción deberá limitarse a aquellos casos cuya condición clínica, bien sea por su severidad o por sus complicaciones, así lo requiera.

Otro aspecto relacionado con el tratamiento antidepressivo es la administración de ISRS durante la lactancia. Esta situación es problemática ya que presenta el riesgo de que estos compuestos pasen a través de la leche, al organismo de los lactantes. No obstante, aún no se conoce con suficiente profundidad las posibles consecuencias que esto pueda generar. En un artículo de reciente aparición, los autores efectuaron una investigación sistemática que abarcó 57 artículos y datos provenientes de al menos 36 casos no publicados. Analizaron los datos de las concentraciones de 15 antidepressivos, tanto en la leche como en el plasma de las madres, así como en el plasma de los infantes, excluyendo a los casos de exposición farmacológica prenatal. Los niveles plasmáticos de los lactantes que estuvieron al menos 10% por encima de los de las madres, se consideraron como elevados y con implicaciones clínicas potenciales.

No se detectaron niveles farmacológicos en el plasma de los niños en los casos en que las madres habían recibido nortriptilina, paroxetina y sertralina. La fluoxetina resultó elevada en 22% de los niños y en un subgrupo analizado, el citalopram produjo niveles elevados en 17% de los casos. Se analizó el rango plasma/leche en 11 de los antidepressivos, y ninguno presentó con una asociación positiva con el porcentaje de unión del fármaco a las proteínas plasmáticas. Estos resultados, consideran los autores, apuntan a la conclusión de que cuando es necesario administrarle antidepressivos a la madre durante la lactancia, deberá preferirse el uso de nortriptilina, sertralina o paroxetina ya que según parece estos fármacos no generan concentraciones importantes en el plasma de los infantes. La determinación de los niveles en leche no es una medida de utilidad, ya que los niveles de los fármacos en el niño se ven afectados por una serie de factores tales un parto prematuro o el grado de la función metabólica del hígado entre otros. No hay que dejar de considerar que cualquier manifestación anormal en el lactante, por ejemplo irritabilidad, anorexia o cambios en el patrón de sueño, deberá considerarse como signo de alarma y que sería necesario revalorar la situación, ya que tales síntomas pueden presentarse como reacciones orgánicas al fármaco.

(Mónica Patricia del Río Cabrero)

Bibliografía

ZESKIND PS, STEPHENS LE: Maternal selective serotonin reuptake inhibitor use during pregnancy and newborn neurobehavior. *Pediatrics*, 113:368-375, 2004.
WEISSMAN AM y cols.: Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk and nursing infants. *Am J Psychiatry*, 161:1066-1078, 2004.

Violencia y sonambulismo: un trastorno del sueño, un dilema legal y un reto psicológico

■ El debate público en los Estados Unidos de América se ha centrado recientemente en si se debe aplicar la pena de muerte a personas con “capacidad disminuida”, que cometen crímenes. Existen dos casos que limitan dicho castigo: la persona que sufre de retardo mental y la que sufre de algún trastorno mental. Este artículo trata sobre una categoría adicional: la de una persona acusada de un acto violento cometido durante un episodio caracterizado por deterioro de la conciencia, secundario a un trastorno del sueño. El problema para determinar este tipo de trastornos es que no existe un protocolo realizado en consenso para determinar el caso de un adulto acusado que sufre de sonambulismo, estado que es episódico, temporal y reversible una vez que el paciente está despierto.

Se han documentado casos en los que el crimen se comete durante un episodio de sonambulismo. Yellowless, en 1878, describió a un hombre de 28 años con antecedente de “terrores nocturnos”, quien fue enjuiciado por asesinar a su hijo en el momento en que creía estar peleando con una bestia salvaje y no se le declaró culpable por que no tenía conciencia de la naturaleza del acto por haberlo cometido en estado de sonambulismo. Howard y D’Orban, en 1933, documentaron que un bombero de 31 años, sin motivación aparente asesinó a su mujer durante un episodio de sonambulismo y que al recobrar la conciencia intentó suicidarse. En 1994, Broughton y cols. refirieron el caso de un empleado canadiense con antecedentes de juego patológico, sonambulismo, enuresis y terrores nocturnos. Tras endeudarse y ser despedido de su trabajo, conduce hasta llegar a la casa de sus suegros durante un episodio de sonambulismo, asesina a su suegra e intenta asesinar a su suegro, la noche anterior a la fecha en que tenía que confesar su situación económica y su conducta de juego. Tras haber sido examinado por psiquiatras expertos fue exonerado de los cargos. En este artículo se revisa el caso de un hombre religioso calificado por su esposa como “esposo ideal”, quien debido al estrés laboral y al consumo de café asesinó a su esposa en su domicilio durante un episodio de sonambulismo. Este último fue declarado culpable y permanece en prisión. Tales casos documentaron el comportamiento violento como un incidente curiosamente aislado, fuera del comportamiento cotidiano de la persona, sin motivación aparente y sin registro posterior en la memoria. De manera general se ha aceptado que el sonambulismo es un estado de automatismo en el cual el individuo que lo padece no es consciente de su conducta y no puede controlarla. El hecho de que es posible incurrir en comportamiento violento durante un estado mixto de alerta y sueño ha sido objeto de notable escepticismo cuando los casos en

que esto ocurre son llevados a juicio, y existen diferencias en cuanto a la aplicación de la ley. El propósito de este artículo es aportar mayor conocimiento sobre el estado mental durante el episodio de violencia relacionado con el sonambulismo, para diferenciarlo de otros diagnósticos y presentar una guía para trabajos futuros.

El sonambulismo es una parasomnia relativamente común en niños pequeños (11-15 años) que se presenta durante la primera o la segunda hora de la noche después de despertar abruptamente del sueño de ondas lentas. Es el resultado de una anomalía en la transición del sueño sin movimientos oculares rápidos (SMOR) al sueño MOR, que no consigue la inhibición del tono muscular, con la cual se previene el comportamiento motor. Se estima que los casos de sonambulismo en adultos, relacionados con conducta violenta, tiene una prevalencia de 2.1%. Es posible que la violencia en estos episodios se presente como respuesta a factores precipitantes tales como los cambios hormonales, el abuso de drogas y/o de psicofármacos.

Mediante el análisis electroencefalográfico de densidad de poder, utilizando el transformador rápido de Fourier, se ha demostrado que hay diferencias entre los sujetos con sonambulismo y los controles; en los primeros son menores los niveles de actividad delta en el primer ciclo de sueño que en los segundos. Los pacientes con sonambulismo también tienen dificultad para disminuir la actividad delta durante la noche. Mediante tomografía computarizada por emisión de fotón único, Bassetti descubrió una disminución de 25% de la actividad en las áreas de asociación frontoparietales y un aumento de actividad en los circuitos cíngulo-talámicos en comparación con los controles. Un factor importante que puede desencadenar un episodio de despertar conductual es la privación de sueño. Con dicho factor, los individuos desarrollaron conductas motoras más complejas, en especial después de 36 hrs. Otros factores desencadenantes son ciertas sustancias como el alcohol, la cafeína y la cannabis. La tipificación del *antígeno* leucocitario humano de clase II en familiares de individuos con sonambulismo ha dado como resultado la presentación del alelo DBQ1*05 de forma más frecuente que en los sujetos controles, aunque el modo de transmisión aún no es claro.

En cuanto a los aspectos forenses del sonambulismo, Mahowald realizó en 1990 los criterios para la evaluación legal de la violencia relacionada con sonambulismo, los cuales incluyen:

1. Sospecha originada por la historia clínica y evaluación mediante polisomnografía de sonambulismo.
2. La duración del episodio es compatible con el diagnóstico de presunción.
3. La conducta violenta parece carecer de sentido y de motivación.
4. Inmediatamente después del episodio se experimenta perplejidad y horror sin que haya intentos por cambiar los hechos.
5. Existe amnesia en la mayoría de los episodios.
6. El episodio concuerda con el tiempo posterior al inicio del sueño y con la duración explicada.

7. Los episodios se relacionan con privación de sueño previa, que puede facilitarlos.

Existen varios aspectos que son motivo de duda por parte del jurado al momento de decidir sobre el estado mental de la persona que padece sonambulismo y que ha incurrido en conducta violenta. Entre ellos están la percepción, el control motor y del afecto y la motivación. En cuanto a la percepción, en estudios de neuroanatomía del sistema visual se ha encontrado que las vías del sistema visual que intervienen en la guía de movimientos y en el reconocimiento facial, son diferentes. La primera vía (guía de movimientos) termina en la corteza parietal posterior, mientras que el reconocimiento de caras se lleva a cabo en la corteza temporal media. Broughton documentó que los sonámbulos presentan un retraso notable en la reacción a los estímulos visuales cuando se les despierta del sueño de ondas lentas. Los pacientes con sonambulismo y conducta violenta relacionada parece que no escuchan a sus víctimas ni sienten dolor cuando son heridos, lo que sugiere que las vías neuronales permanecen inhibidas mientras la conducta motora tiene lugar. En cuanto al control motor y del afecto, se estima que el tiempo promedio en que la persona con sonambulismo recupera la conciencia es de una hora, sin que se entienda totalmente la explicación de este retardo. Las conductas agresivas que surgen desde el sueño y que van seguidas por amnesia, sugieren un trastorno disociativo. Sin embargo, y a pesar de los informes que han estimado que hay un mayor trauma psicológico en los pacientes con sonambulismo, estos no se han relacionado con ninguna psicopatología específica, encontrando sus personalidades dentro de los límites normales. Los datos que más se han encontrado en estos pacientes son su tendencia al sobrecontrol de las emociones y de las conductas compulsivas. Por último, la cuestión más importante para el jurado es la motivación, ya que los ataques no parecen tener ninguna, tienen lugar de manera inconsciente y van seguidos de amnesia y remordimiento. Los datos forenses a menudo señalan una prolongada privación de sueño antes de un episodio agresivo y sugieren que dicha pérdida de sueño fue secundaria al estrés psicológico.

Este artículo señala la necesidad de continuar investigando este trastorno en todos los campos, para así responder a la principal pregunta sobre la responsabilidad que tiene un individuo que comete un acto violento en este estado.

(René Ocampo Ortega)

Bibliografía

- CARTWRIGHT R: Sleepwalking violence: A sleep disorder, a legal dilemma, and a psychological challenge. *Am J Psychiatry*, 161:1149-1158, 2004.
- BROUGHTON R: Homicidal sonambulism: A case report. *Sleep*, 17(3):253-264, 1994.

Actitud y conocimiento acerca de la enfermedad mental

■ De las 10 principales causas de discapacidad a nivel mundial, 5 de ellas son trastornos mentales, y las enfermedades mentales constituyen cerca de 10% del impacto global de las patologías en general, además de que contribuyen en hasta 12% de los *disability-adjusted life years loss* (pérdida de años de vida por discapacidad) (DALY por sus siglas en inglés). Así tenemos que, es básico el conocimiento de las percepciones y de la actitud de la población en torno a la enfermedad mental, dada la realidad social de la misma.

Contrastando con los resultados de los estudios sobre el estigma en relación con los enfermos mentales y de las campañas de desestigmatización (*Changing Minds: Every Family in the Land*. Royal College of Psychiatrists en 1998, por ejemplo), la mayoría de las investigaciones en el mundo sobre las actitudes públicas ante estos padecimientos, han documentado que los enfermos psiquiátricos sufren rechazo y alejamiento social, lo que contribuye en gran parte al deterioro del curso de su enfermedad. Aquellos que llegan a encontrar una actitud no desfavorable ante la enfermedad mental, probablemente deban agradecerlo a la información difundida por el movimiento de la misma comunidad con respecto a las enfermedades mentales y a las campañas de educación para la salud a las que ocasionalmente tiene acceso la población.

A lo largo de la historia humana, el origen de la enfermedad mental (y en consecuencia de su tratamiento) se ha atribuido a diversas causas, todas ellas dependientes del contexto prevalente en ese momento y en cada lugar, asociándola generalmente con posesiones demoníacas, brujería, castigos, manipulación, hipnotismo y ciencias ocultas. Por ende, la reacción social ante el enfermo psiquiátrico e inclusive ante el clínico que lo trata, es de índole controversial aun dados los avances de la ciencia actual e inclusive dentro de las sociedades más “civilizadas”.

Las actitudes ante los fenómenos poco comprendidos como el de la mente y sus implicaciones, son, como todas las reacciones del hombre, el resultado de opiniones formadas en función de nuestras percepciones. Encontramos así que, las concepciones y actitudes culturales hacia los trastornos mentales han llegado a tener desafortunadas consecuencias tanto para la población en general como para los propios pacientes y su entorno. Posiblemente una de las más importantes sea la percepción de una barrera que obstaculiza con frecuencia la búsqueda de ayuda oportuna y adecuada para el padecimiento. Esto se debe a que el temor a ser etiquetado como enfermo mental y a la devaluación y discriminación sociales consecuentes, pueden evitar que la persona afectada o sus familiares, soliciten ayuda profesional. Además, una vez iniciado un

tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, el apego puede verse interferido y saboteado por ejemplo al negarse el interesado a acudir a sus citas, a administrarse un fármaco en la forma prescrita o a hospitalizarse cuando fuere necesario.

Como vemos, el temor de una anticipada estigmatización y discriminación, puede conducir por sí solo a que la enfermedad tome un curso negativo y a cambios de vida mínimamente favorables en el paciente que sufre un trastorno mental. Por ello, se hace evidente la vital necesidad de impartir una educación en salud adecuada para la población. Asimismo es necesario que, al iniciar el abordaje de un paciente psiquiátrico y de su familia, tengamos presente que alguno de sus familiares posiblemente considere como un estigma estos padecimientos. Se deberán, por tanto, facilitar en todo momento las explicaciones y el material necesarios que conduzcan hacia un mejor y adecuado conocimiento de la enfermedad.

(Ingrid Vargas Huicochea)

Bibliografía

- AGHANWA HS: Attitude toward and knowledge about mental illness in Fiji Islands. *Int J Social Psychiatry*, 50(4):361-375, 2004.
- BHUGRA D: Attitudes towards mental illness. *Acta Psychiatr Scand*, 80:1-12, 1989.
- GRAF J: Perceived stigmatization of mentally ill people and its consequences for the quality of life in a Swiss population. *J Nervous Mental Disease*, 192(8):542-547, 2004.
- LLOYD KR: The development of the short explanatory model interview and its use among primary-care attendees with common mental disorders. *Psychol Med*, 28:1231-1237, 1998.
- STIP E: Schizophrenia: people's perceptions in Quebec. *Canadian Med Assoc J*, 164(9):1299-1300, 2001.
- WOLFF G y cols.: Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *Brit J Psychiatry*, 168:191-198, 1996.

Funcionamiento afectivo, conductual y cognoscitivo en adolescentes con múltiples intentos suicidas

■ El suicidio es actualmente la tercera causa de muerte entre adolescentes mayores y adultos jóvenes menores de 25 años de edad. Una historia de intento suicida previo, predice altas probabilidades de intentos suicidas futuros y de suicidio consumado. Un mayor conocimiento de los factores que diferencian a los adolescentes que incurrir en un solo intento suicida, de aquéllos que incurrir en múltiples intentos, quizá podría ayudar a que tales tentativas repetidas y la consumación de las mismas se redujeran. En este estudio se analizan factores conductuales que no han sido completamente estudiados en jóvenes pero que podrían estar asociados con conducta suicida repetitiva; por ejemplo, las alteraciones del afecto y la prevalencia de las conductas autodestructivas. Este estudio parte de la hipótesis de que los que han tenido múltiples intentos presentarán un trastorno afectivo, cognoscitivo y conductual mayor que los que documentan un solo

intento; lo que permite predecir que los primeros sufrirán una alteración afectiva más severa, con mayor frecuencia de trastornos del ánimo y mayor severidad de síntomas depresivos e ira. Además sus conductas más impulsivas implicarán porcentajes más altos de conductas disociadoras y trastornos por uso de sustancias, mayor disfunción del afecto, más conductas autoagresivas y mayor distorsión cognoscitiva en su forma de desesperanza.

El objetivo de este estudio fue evaluar si el trastorno afectivo, cognoscitivo y conductual es mayor entre adolescentes con una historia de múltiples intentos suicidas en comparación con los que sólo incurrieron en uno. Para ello se aplicó un diseño de tipo transversal, comparativo y descriptivo. La muestra estuvo compuesta por 103 adolescentes femeninos y 18 masculinos con un promedio de edad de 15 ± 1.5 años, quienes acudieron a la sala de urgencias de un hospital general o al piso de pediatría, inmediatamente después del intento suicida. Un 88.4% de los intentos suicidas se debió a la ingesta de medicamentos bajo prescripción médica o sin ésta; 74 pacientes indicaron que el episodio suicida era su primer intento (PI) y 47 dijeron haber tenido al menos un intento suicida previo o intentos múltiples (IM). Todos los pacientes fueron tratados en primera instancia en una sala de urgencias, donde se llevó a cabo la evaluación y estabilización médica. Posteriormente 50.4% fueron transferidos a un hospital infantil psiquiátrico y 44.6% dados de alta para seguir el tratamiento como pacientes externos.

Los instrumentos de evaluación utilizados fueron: cédula de entrevista diagnóstica para niños (DISC), valoración funcional de automutilación (FASM), escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D), escala de desesperanza para niños (HSC), inventario de expresión de ira rasgo-estado (STAXI), cuestionario de adolescentes que están bebiendo (ADQ) y escala de regulación del afecto e impulsos (RAI).

Entrevistó a los adolescentes un miembro del servicio de psiquiatría infantil en relación con los factores que contribuyeron al intento, el estado mental y el riesgo suicida actual; posteriormente se les valoró mediante la batería de autorreportes clínicos, dentro de las primeras 24 horas del intento. Se generó además un informe del registro médico de la batería de valoraciones psicológicas como parte de la evaluación completa y se utilizó como apoyo en caso de formular o disponer de un plan. Se rehusaron a participar en el estudio 3 adolescentes. Este procedimiento fue autorizado por el comité de revisión institucional del hospital.

Los grupos IM y PI, fueron estadísticamente equivalentes en términos de edad y de género. En el grupo IM sin embargo, hubo más probabilidades que en el grupo PI, de contar con pacientes de raza blanca ($p < 0.5$). Se utilizaron los análisis de χ^2 para evaluar los diagnósticos del DISC, en los que los adolescentes del grupo IM tuvieron significativamente más probabilidades que los del grupo PI de alcanzar los criterios del DSM-IV para un trastorno del ánimo, incluyendo trastorno depresivo mayor, distimia ($\chi^2 = 13.25$), o un trastorno de conducta perturbada con trastorno opositorista desafiante o un trastorno de la conducta ($\chi^2 = 8.52$). Hubo una mayor tendencia entre los adolescentes del grupo IM a recibir con mayor frecuencia el diagnóstico de algún trastorno por uso de alcohol, incluyendo abuso o dependencia, que en los del grupo SA ($\chi^2 = 4.07$). No hubo diferencia significativa en los grupos en cuanto a trastorno por uso de cannabis, incluyendo abuso o dependencia ($\chi^2 = 0.43$). Se utilizó una serie de pruebas t para examinar las diferencias en los grupos PI e IM en el funcionamiento afectivo, cognoscitivo y conductual. Para minimizar

la frecuencia del error tipo I debido a múltiples comparaciones, el nivel α estadísticamente significativa se fijó a una $p \leq .01$. El tamaño del efecto también fue computado para cada comparación. El grupo IM tenía niveles significativamente más altos de síntomas depresivos [t (112) = 3.32 ; $p = 0.0012$; $d = 0.63$], ira [t (111) = 3.15; $p = 0.0021$; $d = .64$], alteración del afecto [t (80) = 2.8; $p = 0.0064$; $d = .66$], automutilación mayor [t (79) 2.65; $p = 0.0097$; $d = .55$] y desesperanza [t(115) = 3.22; $p = 0.0017$; $d = .61$], comparado con el grupo PI. Además la magnitud del efecto para cada una de estas variables, se encontró en el promedio de un rango grande (.50-.80). No se encontraron diferencias en las mediciones de consumo de alcohol [t (88) = 1.68; $p = .0965$; $d = .35$], ni en automutilación menor [t (78) = 1.88; $p = 0.0638$; $d = .41$]. En un segundo tiempo, se realizó una serie de análisis de covarianza para determinar si persistían las diferencias entre los grupos IM y PI, después de controlar la presencia de síntomas depresivos (CES-D) o un trastorno del ánimo (C-DISC). Cuando los síntomas depresivos fueron incluidos como covariable, el grupo IM continuó demostrando niveles significativamente más altos de ira [F (1,89) = 5.7; $p = 0.0191$; $\eta_p^2 = .06$], disfunción del afecto [F (1,67) = 4.78; $p = 0.0323$; $\eta_p^2 = .05$] y automutilación mayor [F (1,65) = 8.15; $p = 0.0058$; $\eta_p^2 = .07$], que el grupo PI. Cuando un diagnóstico de trastorno del ánimo fue incluido como covariable, el grupo IM tuvo calificaciones medias significativamente más altas de ira [F (1,109) = 6.52; $p = 0.0120$; $\eta_p^2 = .06$], disfunción del afecto [F (1,70) = 4.08; $p = 0.0472$; $\eta_p^2 = .07$] y automutilación mayor [F (5,5) = 0.0215; $\eta_p^2 = .12$]. El hallazgo significativo de desesperanza fue rechazado después del control para trastornos del ánimo [F (1,113) = 1.69; $p = 0.1962$; $\eta_p^2 = .03$].

(Roberto Carlos Rivera Cruz)

Bibliografía

ESPOSITO C., SPIRITO A., BOERGER J., DONALDSON D. Affective, behavioral, and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts. *Suicide and life-threatening behavior*, 33(4):389-399, 2003.

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.

Departamento de Publicaciones:

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

