

VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA
96



DELITO Y RIESGO
CONTROVERSIAS EN PSIQUIATRÍA FORENSE

*Abadi / Blanco / Chamorro Oschilewsky / Cukier / Finkelsztein / García Campos / Girard / Jiménez
Job / Lesta / Loro / Matusevich / Nieva / Olguín / Pallia / Quintero / Rotbalt / Viola / Wahlberg*

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen XXII - Nº 96 Marzo - Abril 2011 - ISSN 0327-6139

Director:
Juan Carlos Stagnaro
Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, S. Bermann, M. Cetcovich Bakmas, I. Berenstein, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, M. A. Matterazzi, A. Monchablon Espinoza, R. Montenegro, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, E. Toro Martínez, I. Vegh, H. Vezzetti, L. M. Zieher, P. Zöpke **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz, L. F. Ramírez. **ESPAÑA:** V. Barembli, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, B. Samuel-Lajeunesse, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, J. Pérez. **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Claudio González, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusevich, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Federico Rebok, Esteban Toro Martínez, Fabián Triskier, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

Corresponsales

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); N. Conti (Hosp. J.T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. Mata (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RÍO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMÁN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artilles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** A. Berenstein; M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erasquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

El objetivo de la revista VERTEX es difundir los conocimientos actuales en el área de Salud Mental y promover el intercambio y la reflexión acerca de la manera en que dichos conocimientos modifican el corpus teórico en que se basa la práctica clínica de los profesionales de dicho conjunto disciplinario.

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: Nro. 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXII Nro. 96 MARZO-ABRIL 2011

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

* **Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.**

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Informes y correspondencia:

VERTEX, Moreno 1785, piso 5
(1093), Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax: 54(11)4383-5291 - 54(11)4382-4181
E-mail: editorial@polemos.com.ar
www.editorialpolemos.com.ar

En Europa: Correspondencia Informes y Suscripciones

Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,
(75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22
Fax.: (33-1) 43.43.24.64
E.mail: wintreb@easynet.fr

Diseño

Marisa G. Henry
marisaghenry@gmail.com

Impreso en:

Sol Print SRL,
Araoz de Lamadrid 1920, Avellaneda

SUMARIO

VERTEX
*Revista Argentina de
Psiquiatría*

Aparición
Bimestral

Indizada en el
acopio bibliográfico
*"Literatura
Latinoamericana en
Ciencias de la
Salud"* (LILACS), SCIELO y
MEDLINE.

Para consultar
listado completo
de números anteriores:
www.editorialpolemos.com.ar

Ilustración de tapa

"S/N"

Artista: Ilda Heredia
Técnica: óleo
1m x 1 m

Año 2010

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

• **Prevalencia de depresión y ansiedad en una cohorte de 761 obesos: implicancias en la adherencia al tratamiento y sus resultados**

Rafael Violante, Silvina Santoro, Claudio González pág. 85

• **Evolución de la minimización del riesgo de producir agranulocitosis por la administración de especialidades medicinales que contienen clozapina en Argentina**

Maximiliano Bergman, Inés Bignone, Agustina Bisio,
Viviana Bologna, Analía Sabatini pág. 94

DOSSIER

PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

• **Aspectos evolutivos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): de los factores de riesgo al impacto socioacadémico y a la comorbilidad**

Javier Quintero, Mercedes Loro, Belén Jiménez,
Natalia García Campos pág. 101

• **Internación psiquiátrica de adolescentes menores de 17 años: complejidad en la problemática y en la solución**

Andrea Abadi, Roberto Pallia, M. Florencia Blanco,
Gisela Rotbalt, Juliana Nieva, M. Carolina Olguín, Pedro Lesta pág. 109

• **Funciones Neurocognitivas y Psicopatología Infanto-Juvenil**

Rodrigo Chamorro Oschilewky pág. 119

• **El niño portador de un trastorno grave del humor y del comportamiento. Investigación clínica**

Laura Viola pág. 125

• **Trastornos del espectro autista. Hipótesis del desarrollo funcional emocional y su relación con las intervenciones terapéuticas**

Sebastián H. Cukier, Ernesto Wahlberg pág. 135

• **Tentativa de suicidio en la adolescencia: relato de una experiencia clínica**

Carlos Finkelsztejn, Paula Girard,
Alfredo Job, Daniel Matusevich pág. 147

EL RESCATE Y LA MEMORIA

• **Sante de Sanctis: las primeras descripciones de psicosis infantiles**

Norberto Aldo Conti pág. 154

• **Patrones clínicos de la demencia precoz en la infancia y la niñez**

Sante de Sanctis pág. 155

• **Demencia Precocísima**

Sante de Sanctis pág. 158

EDITORIAL

L

a hospitalización psiquiátrica constituye una figura cuya carga de estigmatización oscurece el debate en torno a ella. En el imaginario social es percibida como ominosa, seguramente prolongada y presagio de un mal incurable, porque ella porta el pesado fardo de ser signo de locura con todas esas connotaciones culturales. Quienes ponen el acento en la necesidad de cerrar las instituciones monovalentes (sería más correcto decir hospitales especializados, como los de otras especialidades médicas) para tratar mejor a los enfermos mentales equivocan la estrategia para disminuir el estigma que pesa sobre la condición de paciente. Y, si cuentan con la experiencia suficiente, deben reconocer también que no todo se puede resolver en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales que, dicho sea de paso, brillan por su ausencia en la inmensa mayoría de los hospitales de nuestro país, a pesar del casi medio siglo que nos separa de la experiencia del doctor Goldenberg en Lanús.

La hospitalización psiquiátrica tiene indicaciones variadas que dependen del momento evolutivo de cada caso y de múltiples factores condicionantes sociales, judiciales y sanitarios. En esa trama, los criterios que deben primar son los de orden clínico y por ello, es incompleto y, por ende, incorrecto, limitar la causa de una internación a la exclusiva existencia de "riesgo cierto e inminente". El recurso de la hospitalización, en muchos casos, debe contemplarse también cuando el entorno de un paciente, sea este familiar o más ampliamente social, carece de los recursos indispensables para su cuidado. También puede resultar la conducta de elección para permitir la elaboración de conflictos familiares desencadenantes de descompensaciones en pacientes muy vulnerables a los mismos, o para poner ciertos límites a conductas que entrañarán futuras complicaciones en la vida de un paciente, o porque él solicita abrigo (muchos pacientes recuerdan la institución en la que estuvieron como lo que debe ser: un lugar hospitalario, y mantienen con ella una transferencia positiva). De ello se desprende la singularidad de la decisión en cada caso. Por todo ello es evidente que la hospitalización en psiquiatría es un recurso indispensable para la correcta atención y de ninguna manera se la puede indicar siempre como "último recurso" en un tratamiento; de hecho puede ser el primero o indicarse en cualquier momento del mismo.

El principal punto de polémica debería ser, no la indicación sino la duración de las hospitalizaciones. Y en este aspecto no cabe duda de que el consenso de los psiquiatras coincide en la necesidad de su mayor brevedad. Con los recursos actuales y la dinámica evolutiva que han introducido los abordajes farmacológicos y psicosociales esto se puede y se debe lograr dentro de los límites que impone la evaluación clínica integral. Decir "lo más breves posible" no quiere decir siempre uno o dos días, o una semana (aunque muchísimas veces eso es suficiente para compensar ciertas crisis) sino, precisamente, lo necesario. Que las largas internaciones mantenidas por razones de carencias sociales o por inoperancia terapéutica son perjudiciales es algo indiscutible. Esas prácticas lesionan las libertades individuales, son iatrogénicas y deben erradicarse con la mayor prontitud. Pero, su existencia cuestiona las malas prácticas, cuando estas son su causa, y no la hospitalización. Sin embargo, las causas principales de las hospitalizaciones crónicas no obedecen a la desidia o al abandono de los equipos profesionales sino a la falta de recursos en lo que debería ser una cadena de continuidad terapéutica dotada de dispositivos de intensidad decreciente. Para dinamizar las altas se debe trabajar proactivamente con los pacientes hospitalizados, pero también contar con los recursos en la comunidad para recibirlos en tratamientos semi-ambulatorios o ambulatorios. Sin ellos se demora la reinserción en la comunidad, aún con el mejor trabajo intrahospitalario. La inexistencia y/o insuficiencia de estos recursos es un problema sanitario y, en consecuencia, político ■

Juan Carlos Stagnaro

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio www.editorialpolemos.com.ar

MÉTODO DE ARBITRAJE

Los trabajos enviados a la revista son evaluados de manera independiente por un mínimo de dos árbitros, a los que por otro lado se les da a conocer el nombre del autor. Cuando ambos arbitrajes son coincidentes y documentan la calidad e interés del trabajo para la revista, el trabajo es aceptado. Cuando hay discrepancias entre ambos árbitros, se solicita la opinión de un tercero. Si la opinión de los árbitros los exige, se pueden solicitar modificaciones al manuscrito enviado, en cuyo caso la aceptación definitiva del trabajo está supeditada a la realización de los cambios solicitados. Cuando las discrepancias entre los árbitros resultan irreconciliables, el Director de VERTEX toma la decisión final acerca de la publicación o rechazo del manuscrito.

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2011





revista de
experiencias
clínicas y neurociencias



Prevalencia de depresión y ansiedad en una cohorte de 761 obesos: implicancias en la adherencia al tratamiento y sus resultados

Rafael Violante

Médico Endocrinólogo. Hospital Médico Universidad, Tampico, Tamaulipas, México

Silvina Santoro

Médica Endocrinóloga. Hospital J.M. Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina

Claudio González

Médico Farmacólogo. Departamento de Farmacología, Universidad de Buenos Aires, Argentina

E-mail: claudiodanielg@gmail.com

Resumen

Objetivo: determinar la prevalencia de trastornos psiquiátricos en 761 obesos, evaluando prospectivamente su impacto en la adherencia al tratamiento y sus resultados. **Materiales y métodos:** obesidad y sobrepeso se definieron según índice de masa corporal (IMC), depresión y ansiedad por la "Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión". Los pacientes se estudiaron por examen físico y bioquímico, diseñándose un plan terapéutico alimentario y de actividad física, con prescripción de sibutramina. **Resultados:** la edad media fue 31,28 (DS 11,26). 74,77% eran mujeres. El peso medio fue 91,36 kg, con un IMC de 34,49 Kg/m² (DS 6,29). La prevalencia de ansiedad/depresión posible, probable y definida fue de 56,3%/22,0%, 29,8%/6,2%, y 7,2%/0,8%. Tanto peso e IMC iniciales y finales fueron mayores en pacientes con depresión definida y probable, con menor porcentaje de pérdida de peso en esos grupos respecto de los pacientes sin depresión. **Conclusiones:** los trastornos psiquiátricos evaluados fueron altamente prevalentes en nuestra población. Peso e IMC iniciales y finales fueron mayores en los grupos con trastornos más severos, con menor porcentaje de pérdida de peso y adherencia al tratamiento.

Palabras clave: Obesidad - Depresión - Ansiedad - Adherencia al tratamiento.

PREVALENCE OF DEPRESSION AND ANXIETY IN A COHORT OF 761 OBESE PATIENTS: IMPACT IN ADHERENCE TO THERAPY AND ITS OUTCOME

Summary

Objective: To determine the prevalence of psychiatric disorders in 761 obese patients, prospectively assessing their impact in both adherence to therapy and its outcome. **Material and methods:** Overweight and obesity were defined by body mass index (BMI), depression and anxiety according to "The Hospital Anxiety and Depression Scale". Patients received a physical and biochemical evaluation, a hypocaloric diet and a training plan. Sibutramine was prescribed as anti-obesity drug. **Results:** The mean age was 31,28 (SD 11,26) years. 74.77% were women. The mean weight was 91.36 kg with a BMI of 34,49 Kg/m² (SD 6,29). The prevalence of possible, probable and definite anxiety/depression was: 56.3%/22.0%, 29.8%/6.2%, and 7.2%/0.8% respectively. Both initial and final weight and BMI were higher in definite and probable depression respectively, with a minor percentage of weight loss likewise. **Conclusions:** The studied psychiatric disturbances were prevalent in our population. Initial and final weight and BMI were higher in groups with more severe anxiety or depression. The percentage of weight loss and adherence to therapy were greater in groups of milder psychiatric disorders.

Key words: Obesity - Depression - Anxiety - Adherence to therapy.

Introducción

El aumento progresivo de las tasas de sobrepeso y de obesidad en nuestros países constituye un problema central para la Salud Pública. Se han descripto aumentos de prevalencias tanto para hombres como para mujeres, y en etnias y grupos etarios diversos (1).

Mientras la obesidad está obviamente ligada a un cierto grado de incapacidad física y predispone al desarrollo de entidades tales como hipertensión, diabetes y dislipemia, varios estudios sugieren que podría estar asimismo significativamente asociada con desordenes psiquiátricos (2).

Más aún, varias encuestas de Salud Pública en Estados Unidos, Canadá, países de la Unión Europea y de Oceanía han encontrado asociaciones entre obesidad, ansiedad, y síntomas depresivos. Estas asociaciones parecieran ser más frecuentes en mujeres que en hombres, y más prevalentes en estratos sociales más altos (1).

Estudios longitudinales han descripto que la depresión podría predecir el desarrollo subsecuente de obesidad, y otros, en cambio, que la obesidad podría determinar desordenes psiquiátricos, incluyendo tanto a la depresión como a la ansiedad. Más aún, se ha postulado que el tratamiento satisfactorio para la pérdida de peso se asocia a mejoría de síntomas psiquiátricos, y se ha documentado que los desordenes depresivos se vinculan a un menor éxito en programas de descenso de peso (3).

Un considerable número de factores podrían jugar un rol en la relación de la obesidad con desordenes psiquiátricos. En primer lugar, la obesidad ha sido relacionada no sólo a una limitación física relevante, sino también a una pobre autoestima y a una distorsión de la imagen corporal (4). En segundo lugar, en la obesidad se observan un número de comorbilidades que podrían exhibir un impacto en el estrés psicológico de estos individuos (5). Más aún, ha sido hipotetizado que el estrés psicológico podría estimular crónicamente al eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA), y por ello aumentar la secreción basal de cortisol. Esto último, promovería a un estado de insulinoresistencia, con alteraciones del metabolismo lipídico y aumento de la grasa visceral. Asimismo, luego del tratamiento con antidepresivos o con ansiolíticos, se han demostrado cambios favorables en el HHA y en los factores metabólicos antes mencionados (6).

El objetivo de este artículo es evaluar la prevalencia de trastornos depresivos y de ansiedad en una cohorte de 761 pacientes obesos, quienes voluntariamente solicitaron tratamiento para su obesidad en la Clínica de Obesidad de la Universi-

dad de México desde el año 2003 al 2007. Asimismo, se exploraron las asociaciones entre trastornos del estado de ánimo con las características basales y finales de la cohorte. Un propósito secundario de este estudio fue determinar prospectivamente el impacto de los desordenes psiquiátricos evaluados tanto en la adherencia al tratamiento como en sus resultados.

Materiales y métodos

El estudio se desarrolló entre enero del 2003 y diciembre del 2007, habiendo sido dividido en dos partes: en primer lugar se desarrolló un estudio transversal evaluando la prevalencia de desordenes psiquiátricos de la población en estudio, y en segundo término se llevó a cabo la fase prospectiva en la que se determinó la adherencia al tratamiento y sus resultados en relación a la salud psíquica de cada paciente.

Fueron reclutados para el presente estudio 817 individuos, quienes solicitaron voluntariamente tratamiento en la Clínica Universitaria de obesidad de México, con intención de perder peso.

Del número total, 761 cumplían los criterios de inclusión. Se excluyeron individuos menores de 18 años, mujeres embarazadas, pacientes normopeso y a aquellos que no completaron todos los datos necesarios para el desarrollo del estudio.

Se obtuvo de todos los pacientes un consentimiento informado de acuerdo a la declaración de Helsinki previamente a ingresar al estudio.

Se evaluaron síntomas de depresión y de ansiedad de acuerdo a la "Escala Hospitalaria de ansiedad y depresión", compuesta por 14 ítems, siete de ellos evaluando síntomas de ansiedad y los restantes siete de depresión.

Zigmond y Snaitz diseñaron en 1983 esta escala que sustituye los síntomas que pueden ser provocados por la dolencia física por otros más específicos de la vivencia psíquica del trastorno, con la finalidad de proporcionar un instrumento para detectar estados de depresión y ansiedad en pacientes de servicios hospitalarios no psiquiátricos, tratando de minimizar el impacto del dolor físico en la valoración de la ansiedad o depresión (7).

La escala, que se adjunta a continuación, es un cuestionario auto-administrado, donde el paciente debe responder a los siguientes ítems, relacionándolo con sus vivencias en la última semana.

Ítem	Valoración
A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:	3. Casi todo el día 2. Gran parte del día 1. De vez en cuando 0. Nunca
D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:	1. No tanto como antes 2. Solamente un poco 3. Ya no disfruto con Nada 0. Ciertamente, igual que antes
A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:	3. Sí, y muy intenso 2. Sí, pero no muy intenso 1. Sí, pero no me preocupa 0. No siento nada de eso
D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:	1. Actualmente, algo menos 2. Actualmente, mucho menos 3. Actualmente, en absoluto 0. Igual que siempre
A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:	3. Casi todo el día 2. Gran parte del día 1. De vez en cuando 0. Nunca
D.3. Me siento alegre:	3. Nunca 2. Muy pocas veces 1. En algunas ocasiones 0. Gran parte del día
A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:	0. Siempre 1. A menudo 2. Raras veces 3. Nunca
D.4. Me siento lento/a y torpe:	3. Gran parte del día 2. A menudo 1. A veces 0. Nunca
A.5. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:	1. Sólo en algunas ocasiones 2. A menudo 3. Muy a menudo 0. Nunca
D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:	3. Completamente 2. No me cuido como debería hacerlo 1. Es posible que no me cuide como debiera 0. Me cuido como siempre lo he hecho
A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:	3. Realmente mucho 2. Bastante 1. No mucho 0. Nunca

D.6. Espero las cosas con ilusión:	1. Algo menos que antes
	2. Mucho menos que antes
	3. En absoluto
	0. Como siempre
A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:	3. Muy a menudo
	2. Con cierta frecuencia
	1. Raramente
	0. Nunca
D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:	1. Algunas veces
	2. Pocas veces
	3. Casi nunca
	0. A menudo

A - Ansiedad
D - Depresión

Como puede observarse, es un cuestionario autoaplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad y otra de depresión. Los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, excluyendo síntomas físicos que puedan ser confundidos por parte del paciente con la sintomatología propia de su enfermedad orgánica. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia.

La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0-3), con diferentes formulaciones de respuesta. El marco temporal se refiere a la semana previa a la respuesta de la escala.

Fue validada por Tejero y cols. (8, 9), y traducida al castellano por Snaith, en colaboración con Bulbena y Berrios.

En relación a sus propiedades psicométricas se reporta que los datos de fiabilidad en términos de consistencia interna y fiabilidad test-retest son adecuados (10), pero con escasa validez predictiva y precisión.

Es por ello que su uso se orientó más hacia la detección y cuantificación de “malestar psíquico”, mostrando por un lado buena correlación con diferentes aspectos de severidad de la enfermedad orgánica con una buena sensibilidad para detectar cambios durante el curso de la enfermedad o en respuesta a intervenciones psicoterapéuticas. En este sentido su rendimiento en términos de sensibilidad/especificidad es muy similar al del *General Health Questionnaire* (GHQ) y no se ve influenciado por variables sociodemográficas tales como edad y sexo.

Por su parte, el programa de pérdida de peso consistió en una evaluación médica completa inicial, incluyendo un examen físico completo (talla, peso y medidas antropométricas) y una rutina de laboratorio básica (hemograma y química completa, incluyendo glucemia, lipidograma y HbA1c, hepatograma y creatinina).

Se definió sobrepeso y obesidad por un IMC entre 25.0 kg/m² y 30 kg/m², y sobre 30 kg/m² respectivamente.

Una licenciada en nutrición le confeccionó a cada paciente una dieta de acuerdo a las normas de la Sociedad Americana de Diabetes. Estaba compuesta por 50% de carbohidratos, 30% de grasas y 20% de proteínas. Se restringió el colesterol a menos de 300 mg diarios, y las grasas saturadas a menos a menos de 10% diarias. Se administró sibutramina en dosis de 10 a 15 mg como fármaco para la obesidad en todos los pacientes, a excepción de aquellos mayores de 65 años, con historia de enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial o antecedentes de arritmias. Por último, un esquema de 30 a 60 minutos de actividad física fue diseñado de acuerdo al status físico de cada individuo.

Durante el seguimiento se programó un esquema de dos visitas a la nutricionista mensualmente para realizar ajustes en la dieta, focalizándose en la importancia del automonitoreo. Asimismo se realizaron visitas médicas o psicológicas, de acuerdo a las comorbilidades de cada paciente, y a su evolución. Se definió como pérdida en el seguimiento a la falta de consultas de cualquier tipo durante un período mayor a 6 semanas.

Los resultados de la escala de depresión fueron correlacionados al peso inicial y final, al porcentaje de pérdida de peso, y con el número total de visitas durante el período del estudio.

Análisis estadístico: se determinó la naturaleza de las variables cuantitativas a través del test de Shapiro-Wilk. El intervalo de confianza para las frecuencias se estableció a través del método exacto binomial. Las diferencias entre frecuencias se estudio aplicando el Chi cuadrado con corrección de Yates. El ajuste de tasas fue llevado a cabo por el método de estandarización directa. Las diferencias entre grupos en datos cuantitativos se exploraron por ANOVA de una vía, de dos vías, o por ANOVA de Kruskal-Wallis de acuerdo a la distribución de variables (Student-Newman-Keuls post hoc test). Los análisis multivariados se desarrollaron mediante regresión logística múltiple (Quasi Newton) o regresión lineal múltiple. Se

consideró significativa a la p menor a 0,05 (dos colas). El software utilizado fue CSS/Statistica v6, StatSoft, Tulsa, OK, USA.

Resultados

La Tabla 1 muestra las características basales de la cohorte de los 761 individuos que completaron el estudio. Asimismo, se muestra la prevalencia de depresión y ansiedad posible, probable y definida.

Tabla 1. Características basales de la cohorte, incluyendo prevalencia de subtipos de depresión y ansiedad ajustadas por sexo ($n = 762$).

Característica	Media + DS o IC 95%
Edad (años)	31,28 (DS 11,26)
Masculino (n/%)	192 (25,22%)
Femenino (n/%)	569 (74,77%)
Peso inicial (Kg)	91,36 (DS 20,9)
Índice de masa corporal (kg/m ²)	34,49 (DS 6,29)
Prevalencia de ansiedad	
- Posible	56,3% (IC95% 52,7-59,9%)
- Probable	29,8% (IC95% 26,5-33,1%)
- Definida	7,2% (IC95% 5,3-9,1%)
Prevalencia de depresión	
- Posible	22,0% (IC95% 19,0-25,1%)
- Probable	6,2% (IC95% 4,4-7,9%)
- Definida	0,8% (IC95% 0,1-1,5%)

La mayor prevalencia fue la de ansiedad, con una frecuencia global del 56,3 % aproximadamente. Un 22,0% de los pacientes exhibió algún grado de depresión.

La prevalencia de ansiedad y depresión posible concomitantes fue del 18,1% ($n = 138/762$), con un IC 95%: 15,3-20,9%. Ansiedad más depresión probables fueron descritas en 30 de 762 pacientes (3,9%, IC 95%: 2,5-5,4%). Finalmente, la coexistencia de ansiedad y depresión definidas se observó solamente en tres individuos, con una prevalencia entonces del 0,4% (IC 95%: 0,1-1,1%).

Al ajustar la prevalencia de desórdenes psiquiátricos de acuerdo al sexo (mujeres $n = 569$, y hombres $n = 191$), se describió una tasa de ansiedad posible en 54,5% de los hombres y en 43,1% de las mujeres. La ansiedad probable se presentó en 25,1% de los hombres y en 31,3% de las mujeres ($p = 0,124$). Por último, la ansiedad definida se observó en un 5,8% de los hombres y en 7,6% de las mujeres ($p = 0,498$). Tal como fue mencionado, tanto la ansiedad probable como la definida fueron más frecuen-

tes en las mujeres sin alcanzar significancia estadística.

Con respecto a la depresión, también se observaron diferencias entre sexos. La depresión posible fue descrita en 24,6% de los hombres y en 21,3% de las mujeres ($p = 0,405$). La depresión probable se documentó en 7,9% de los hombres y en 5,6% de las mujeres ($p = 0,330$). Finalmente, la depresión definida fue experimentada por 1,1% de los hombres y por 0,7% de las mujeres. Aunque no en forma estadísticamente significativa, la depresión pareció ser más frecuente entre hombres que entre mujeres, al contrario de lo observado en relación a la tasa de ansiedad en la población en estudio.

La Tabla 2 muestra la prevalencia con sus respectivos IC 95% de ansiedad más depresión posibles, probables y definidas, ajustadas por edad y sexo. La prevalencia de desórdenes combinados fue muy similar en ambos sexos. Pese a esto, tal como muestra la tabla, los desórdenes del ánimo posibles y probables fueron ligeramente más frecuentes entre las mujeres, y los definitivos entre los hombres.

Tabla 2. Ansiedad y depresión ajustada por edad y sexo.

Ansiedad + depresión	Mujeres (prevalencia e IC 95%)	Hombres (prevalencia e IC 95%)	P
Posible	18,1 % (IC95%: 14,7-21,6%)	17,4% (IC95%: 11,4-23,4%)	0,912
Probable	4,0% (IC95%: 2,4-5,6%)	3,8% (IC95%: 1,0-6,7%)	0,928
Definida	0,4% (IC95%: 0-0,8%)	0,6% (IC95%: 0-1,7%)	0,792

Se llevó a cabo el estudio de las asociaciones univariadas entre depresión posible, probable y definida con edad, peso e IMC inicial y final, y con porcentaje de pérdida de peso. En referencia a la depresión posible, debe recalarse que a excepción de la edad, todas las variables mostraron diferencias estadísticamente significativas cuando se compara los valores con los obtenidos en sujetos sin síntomas de depresión (peso inicial: $95,5 \pm 23,0$ vs $90,57 \pm 20,23$ Kg ; peso final: $91,8 \pm 22,4$ vs $87,2 \pm 20,9$ Kg; IMC inicial: $35,49 \pm 6,58$ Kg/m² vs $34,21 \pm 6,19$ Kg/m²; IMC final: $34,14 \pm 6,53$ vs $32,42 \pm 6,51$ Kg/m²; % reducción de peso: $3,80 \pm 5,21$ vs $5,07 \pm 6,73$ Kg; en todos los casos $p < 0,05$). La misma tendencia se observa en relación a las asociaciones univariadas de la depresión probable con las variables antes mencionadas. Finalmente, en el subgrupo de depresión definida, solamente se observaron mayores pesos ($101,55 \pm 15,95$ Kg vs $87,18 \pm 20,89$ Kg, $p < 0,05$), e IMC finales y un menor porcentaje de pérdida de peso ($1,13 \pm 3,84$ vs $5,1 \pm 6,7$ Kg, $p < 0,01$), siendo estas asociaciones estadísticamente significativas.

Asimismo, se observó que entre los depresivos, un

mayor porcentaje de pérdida de peso fue evidenciado en el grupo de depresión posible, seguido por el de probable y por último por el grupo de depresión definida. La Tabla 3 muestra estos datos.

Tabla 3. Comparación de datos basales y resultados finales entre los diferentes grados de depresión.

	Depresión posible	Depresión probable	Depresión definida	P
Peso inicial (kg)	95,53 ± 23,02	101,58 ± 22,46	103,26 ± 20,18	0,221
IMC inicial (kg/m ²)	35,49 ± 6,58	37,38 ± 6,14	37,77 ± 3,26	0,163
Peso final (kg)	91,84 ± 22,41	99,23 ± 21,84	101,55 ± 15,95	0,090
IMC final (kg/m ²)	34,14 ± 6,53	36,60 ± 6,29	37,55 ± 3,68	0,040
% de pérdida de peso	3,80 ± 5,21	2,25 ± 3,70	1,13 ± 3,84	0,029*

* Kruskal-Wallis ANOVA

Con respecto a la combinación de depresión posible sumada a ansiedad, solamente fue estadísticamente significativa en el análisis univariado su asociación con el IMC final ($p = 0,03$). La misma tendencia se observó al analizar la presencia de depresión definida asociada con ansiedad, con significancia estadística borderline ($p = 0,05$). Por el contrario, al analizar la presencia de depresión probable más ansiedad, varias asociaciones univariadas fueron significativas, tales como: peso final ($p = 0,01$), pérdida de peso en kg ($p = 0,03$), porcentaje de pérdida de peso ($p = 0,02$), e IMC final ($p = 0,004$).

Con respecto a la adherencia al tratamiento, al comparar desórdenes del estado de ánimo combinados posibles con los probables, se observó una mayor adherencia en individuos con desórdenes del estado de ánimos más leves, con mayor frecuencia de visitas en un más corto tiempo de tratamiento (147 versus 129 visitas, $p < 0,003$, con una duración del tratamiento de 51 versus 63 meses, $p < 0,01$). En relación a los pacientes con trastornos definidos del estado de ánimo, estos individuos exhibieron el menor número de visitas con la menor duración del tratamiento. De cualquier manera, esta asociación no alcanzó significancia estadística (24 visitas en 15,1 meses; $p = 0,38$).

En el análisis multivariado, luego de ajustar por edad y por sexo, la presencia de depresión posible se asoció con el peso inicial (OR = 1,01 por Kg, IC 95% = 1,002-1,018, $p = 0,01$). Se observó un resultado similar en relación a la depresión probable (OR = 1,02 por Kg; IC 95% = 1,008-1,033, $p = 0,001$). Ni la ansiedad posible ni la pro-

bable se asociaron con peso inicial en la regresión logística múltiple. Por otro lado, también en la regresión lineal múltiple, el porcentaje de pérdida de peso se asoció con la edad ($p = 0,009$) y con la presencia de depresión probable ($p = 0,0044$). Se observaron resultados similares respecto a la depresión posible ($p = 0,03$). La ansiedad no se asoció al porcentaje de pérdida de peso en ninguno de los subtipos de severidad estudiados.

Discusión

El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de depresión y de ansiedad en una cohorte de 761 pacientes obesos, quienes voluntariamente buscaron tratamiento en la Clínica Universitaria de Obesidad de México, desde el año 2003 al 2007. Asimismo, se exploraron las asociaciones entre trastornos psiquiátricos y las características basales y finales de la cohorte. Un propósito alternativo de este estudio fue determinar prospectivamente el impacto de los trastornos del ánimo tanto en la adherencia al tratamiento como en sus resultados.

El presente estudio generó varias conclusiones. En primer lugar, los desórdenes del estado de ánimo globales fueron altamente prevalentes en la población en estudio, lo que confirma la tasa elevada de desórdenes psiquiátricos en pacientes obesos que buscan espontáneamente tratamiento.

En segundo lugar, en relación a los resultados de la terapéutica, los desórdenes del ánimo se asociaron

estadísticamente con peso e IMC iniciales y finales, y con el porcentaje de pérdida de peso, siendo ésta significativamente mayor en los pacientes sin alteraciones o en aquellos con desordenes más leves del estado de ánimo que en aquellos con trastornos más severos.

Al comparar los datos del análisis univariado como en el multivariado, se observa claramente que tanto peso e IMC iniciales y finales fueron más altos en los grupos con trastornos depresivos más importantes, de manera estadísticamente significativa, con un menor porcentaje de pérdida de peso. Esto no se observó en ningún grado de ansiedad. Debe remarcar que la depresión se asoció más fuertemente a peores resultados del tratamiento al compararse con los subgrupos de ansiedad.

Finalmente, con respecto a la adherencia al tratamiento, se observó una mayor compliance en aquellos individuos con desordenes del ánimo más leves.

La asociación entre obesidad y desordenes psiquiátricos ha sido vastamente explorada, no solamente en estudios epidemiológicos sino también en ensayos clínicos randomizados y controlados.

Es así que un estudio epidemiológico que utilizó datos del NHANES III (*Third National Health and Nutrition Examination Survey*), llevada a cabo entre 1988 y 1994, examinó la prevalencia de depresión entre individuos obesos comparándolos a controles normopeso. La obesidad se asociaba global y significativamente con mayor tasa de depresión en mujeres (OR = 1,82), pero no significativamente en hombres (OR = 1,73). Cuando la obesidad se estratificó según severidad, se observó una asociación heterogénea con la depresión. Es así que la obesidad mórbida se relacionaba fuertemente a depresión (OR = 4,98), manteniéndose esta asociación estadísticamente significativa y clínicamente relevante luego de ajustar por edad, nivel de educación, estado marital, dieta por otras comorbilidades, uso de psicofármacos y adicciones. Esta asociación era menos fuerte con niveles menores de depresión (11).

Otro estudio epidemiológico transversal, incluyendo a 9125 adultos de Estados Unidos, demostró un aumento de la prevalencia de la ansiedad y de otros trastornos del ánimo del 25% en relación a la población no obesa (12).

Por otro lado, una revisión sistemática de la literatura desde 1966 hasta el 2003 exploró la relación entre trastornos del ánimo y la obesidad. Al analizar las consecuencias de la depresión sobre el peso corporal, se reportó que los niños y adultos jóvenes con desordenes depresivos mayores podrían exhibir un mayor riesgo de sobrepeso.

A la inversa, pacientes obesos que solicitaron tratamiento para descenso de peso, exhibieron una alta tasa de trastornos depresivos y bipolares. Esta tendencia fue más significativa entre las mujeres. De cualquier manera, los autores reportan que la mayoría de los individuos con sobrepeso u obesos de la población general no presentarían trastornos depresivos, con

una predisposición específica en aquellos que buscan tratamiento para su obesidad (13).

Un estudio reciente analiza la prevalencia de desordenes mentales en una población de 150 individuos obesos, reportando una frecuencia de ansiedad del 35%, mientras que 30% de los sujetos se veían afectados por desordenes del humor, sobre todo depresión mayor, con una tasa del 20% (14).

Como se ha mostrado, los datos en nuestra población demuestran una amplia frecuencia de ansiedad. Esto podría estar sobrevalorado por la presencia de ansiedad posible, en relación a otros estudios que probablemente usan escalas más estrictas para definir ansiedad formalmente.

Comparando al presente estudio con grandes series de reportes epidemiológicos, se observó una frecuencia similar de trastornos depresivos. De cualquier forma, en el presente estudio se observa una tasa mucho menor de depresión mayor que en otras series (11).

En una gran cohorte se evaluó la prevalencia de ansiedad y depresión entre 177.047 participantes. Se analizó la asociación entre el IMC con los trastornos psiquiátricos, ajustándose por edad y por presencia de comorbilidades. La prevalencia de depresión y ansiedad ajustadas por edad varió significativamente de acuerdo al sexo. Fue mayor tanto en mujeres como en hombres bajo peso, en mujeres con sobrepeso u obesas, pero solamente en hombres obesos mórbidos (15). Esta diferencia entre sexos, descrita en varios *trials*, no se observó en el presente estudio, donde se describió una tasa similar de desordenes psiquiátricos en los dos sexos. Sin embargo, se observó mayor frecuencia de ansiedad entre las mujeres, y levemente de depresión entre los hombres, lo que constituye una gran diferencia con otros trabajos (11).

La comparación de la salud mental entre obesos y no obesos ha sido analizada por varios autores. Un trabajo evaluó específicamente la performance de 40 pacientes en la escala de depresión de Beck (EDB), una escala generalmente aceptada como medida de la depresión, comparándolos a controles no obesos apareados. El score medio fue significativamente mayor en los pacientes obesos ($72,6 \pm 11,8$ vs $65,2 \pm 9,3$; $p < 0,005$). La depresión durante el desarrollo del estudio fue también significativamente más frecuente en los obesos (15 vs 0%, $p < 0,03$) (16).

Un estudio epidemiológico adicional analizó la prevalencia de desordenes mentales permanentes o transitorios en pacientes obesos comparándolos a individuos no obesos sanos, y a individuos con sobrepeso. Los OR ajustados para alteraciones de índole psicológico fue significativamente más elevado al compararlos con individuos normo o sobrepeso respectivamente (17).

Tomando en consideración que la obesidad visceral pareciera estar más relacionada con los desordenes psiquiátricos, se llevaron a cabo varios estudios analizando las posibles explicaciones para este fenómeno. Es así que se ha reportado que la grasa visceral, y no la subcutánea general, se asocia a marcadores bioquí-

micos del estrés, tales como el cortisol libre urinario (CLU) o la secreción de noradrenalina (18). Más aún, se ha hipotetizado que el estrés psicológico conlleva a estímulo crónico del eje hipotálamo-hipófiso adrenal, con el concomitante hipercortisolismo. Esto, subsecuentemente, promovería insulinoresistencia, alteraría el metabolismo lipídico y el glucídico, con el aumento posterior de la grasa visceral (19, 20).

Otro estudio examinó no solamente la asociación de la obesidad con los desordenes del ánimo, sino que también incluyó al impacto del índice cintura-cadera (ICC), asumiéndolo como parámetro de alteraciones metabólicas. El ICC elevado se asoció con aumento de las frecuencias de ansiedad y de depresión. Luego de ajustarse por IMC, actividad física, aislamiento social y varias comorbilidades, el ICC permaneció en forma estadísticamente significativamente asociado a la presencia de ansiedad. La obesidad definida por IMC se asoció a depresión, siendo esta relación poderosamente atenuada por el ICC. Esto refuerza la noción de que el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal tendría un rol en el desarrollo de la comorbilidad psicológica (21).

Estos resultados son consistentes con muchos otros. Por ejemplo, Lapidus y cols. documentaron una relación entre el ICC y los desordenes psiquiátricos, y con el uso subsecuente de antidepresivos y de ansiolíticos (22). De la misma manera, se han establecido asociaciones transversales entre circunferencia de cintura y depresión, ansiedad, bajo nivel social y pobre calidad de vida (23).

Muchos estudios analizaron el perfil psicológico de pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica. En principio, una revisión sistemática de la literatura analizó el perfil psicológico de pacientes obesos que solicitaron cirugía bariátrica, definiéndolos como depresivos, ansiosos, con pobre control de impulsos y baja autoestima, y por todo lo anterior con una baja calidad de vida globalmente. Esto conllevó a la noción que el perfil psicológico de estos pacientes podría ser una cuestión de importancia mayor en los resultados del tratamiento quirúrgico (24, 25, 26, 27, 28).

En vista de lo anterior, un estudio prospectivo analizó los resultados terapéuticos de 231 pacientes sometidos a cirugía bariátrica en relación a alteraciones del estado de ánimo documentadas previamente a dicha intervención, según el DSM-IV. Se reportó que aquellos que exhibían desordenes depresivos o ansie-

dad prequirúrgica mayores fueron los que menos pérdida de peso experimentaron luego de seis meses del *by pass* gástrico (29).

El presente estudio tiene varias limitaciones. En primer lugar, aunque no fue el objetivo principal, la prevalencia de desordenes del estado del ánimo no fue comparada con controles no obesos, lo que se explicaría por la naturaleza descriptiva de este estudio. En segundo término, no se excluyó en el análisis la presencia de comorbilidades. Finalmente, no se reevaluó al final del estudio la prevalencia de depresión y de ansiedad. Aunque no fue objetivo del presente estudio, podría haber sido útil en términos de determinar el impacto de la pérdida de peso en los desordenes psiquiátricos. Es por ello que actualmente se está llevando a cabo un *trial* que incluye a un subgrupo de pacientes del presente, en quienes se está analizando el estado psiquiátrico post tratamiento.

Las dos fortalezas más importantes de este estudio son, en principio, el número de pacientes enrolados y su homogeneidad. En segundo lugar, cabe destacar que mientras que estudios en diversos países (5, 15, 30, 31) analizaron y remarcaron la importancia de este tópico, el presente estudio el primero desarrollado en la región de Latinoamérica.

Conclusiones

Por todo lo antes desarrollado, es evidente que entre la población obesa se exhibe una alta prevalencia de ansiedad y depresión. Estos desórdenes psiquiátricos fueron altamente frecuentes en nuestra población. Más aún, el peso e IMC iniciales y finales fueron mayores en los grupos con desórdenes más severos. Por otro lado, el grado de obesidad influyó claramente en la adherencia al tratamiento y en el éxito del mismo.

En vista de los datos arrojados por el presente y varios estudios previos, sería importante determinar la salud mental de los pacientes obesos, especialmente en ellos que buscan tratamiento voluntariamente.

Esto podría ser particularmente importante en pacientes candidatos a cirugía bariátrica, ya que podría ser un factor determinante en el éxito de esta terapéutica. De cualquier modo, a pesar de estas consideraciones, la presencia de desórdenes psicológicos aún no contraindica la cirugía ■

Referencias bibliográficas

1. Flegal K, Carroll M, Ogden C, Johnson C. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *JAMA* 2002; 288: 1723-7.
2. Stunkard AJ, Wadden TA. Psychological aspects of severe obesity. *Am J Clin Nutr* 1992; 55: 524S-532S.
3. Istvan J, Zavala K, Weidner G. Body weight and psychological distress in NHANES I. *Int J Obes* 1992; 16: 999-1003.
4. Devlin MJ, Zhu AJ. Body image in the balance. *JAMA* 2001; 286: 2159-63.
5. Doll HA, Petersen SEK, Stewart-Brown SL. Obesity and physical and emotional well-being: associations between body mass index, chronic illness, and the physical and mental components of the SF-36 questionnaire. *Obes Res* 2000; 8: 160-170.
6. Rosmond R, Bjorntorp P. Psychiatric ill-health of women and its relationship to obesity and body fat distribution. *Obes Res* 1998; 6: 338-345.
7. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-370.
8. Tejero A, Guimerá EM, Farré JM, et al. Uso clínico del HAD en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev Depto Psiquiatría Facultad de Med Barna* 1986; 13: 233-238.
9. Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale: a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res* 1997; 42: 17-41.
10. Spinhoven PH, Ormel J, Sloekers PP, et al. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale in different groups of Dutch subjects. *Psychol Med* 1997; 27: 363-370.
11. Onyike CU, Crum RM, Lee HB, et al. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol* 2003; 158 (12): 1139-47.
12. Simon GE, Von Korff M, Saunders K, et al. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63 (7): 824-30.
13. McElroy SL, Kotwal R, Malhotra S, et al. Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (5): 634-5.
14. Carpiello B, Pinna F, Pillai G, et al. Obesity and psychopathology. A study of psychiatric comorbidities among patients attending a specialist obesity unit. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2009; 18 (2): 119-27.
15. Murphy JM, Horton NJ, Burke JD Jr, et al. Obesity and weight gain in relation to depression: findings from the Stirling County Study. *Int J Obes (Lond)* 2009; 33 (2): 257-66.
16. De Chouly De Lenclave MB, Florequin C, Bailly D. Obesity, alexithymia, psychopathology and binge eating: a comparative study of 40 obese patients and 32 controls. *Encephale* 2001; 27 (4): 343-50.
17. Baumeister H, Härter M. Mental disorders in patients with obesity in comparison with healthy probands. *Int J Obes (Lond)* 2007; 31 (7): 1155-64.
18. Marniemi J, Kronholm E, Aunola S, Toikka T, Mattlar CE, Koskenvuo M, Ronnema T. Visceral fat and psychosocial stress in identical twins discordant for obesity. *J Intern Med* 2002; 251: 35-43.
19. Bjorntorp P. The associations between obesity, adipose tissue distribution and disease. *Acta Med Scand Suppl* 1988; 723: 121-134.
20. Bjorntorp P. Abdominal fat distribution and disease: an overview of epidemiological data. *Ann Med* 1992; 24: 15-18.
21. Rivenes AC, Harvey SB, Mykletun A. The relationship between abdominal fat, obesity, and common mental disorders: results from the HUNT study. *J Psychosom Res* 2009; 66 (4): 269-75.
22. Lapidus L, Bengtsson C, Hallstrom T, Bjorntorp P. Obesity, Adipose Tissue Distribution and Health in Women-Results from a Population Study in Gothenburg, Sweden. *Appetite* 1989; 12: 25-35.
23. Raikonen K, Matthews KA, Kuller LH. Anthropometric and psychosocial determinants of visceral obesity in healthy postmenopausal women. *Int J Obes* 1999; 23: 775-782.
24. Abilés V, Rodríguez-Ruiz S, Abilés J, et al. Psychological Characteristics of Morbidly Obese Candidates for Bariatric Surgery. *Obes Surg* 2010; 20 (2): 161-7.
25. Sánchez-Román S, López-Alvarenga JC, Vargas-Martínez A, et al. Prevalence of psychiatric disorders in patients with severe obesity waiting for bariatric surgery. *Rev Invest Clin* 2003; 55 (4): 400-6.
26. Lykouras L. Psychological profile of obese patients. *Dig Dis* 2008; 26 (1): 36-9.
27. Van Hout GC, van Oudheusden I, van Heck GL. Psychological profile of the morbidly obese. *Obes Surg* 2004; 14 (5): 579-88.
28. Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry* 2007; 164 (2): 328-34; quiz 374.
29. Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, et al. Relationship of psychiatric disorders to 6-month outcomes after gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis* 2008; 4 (4): 544-9.
30. Scott KM, McGee MA, Wells JE, et al. Obesity and mental disorders in the adult general population. *J Psychosom Res* 2008; 64 (1): 97-105.
31. Herva A, Laitinen J, Miettunen J, et al. Obesity and depression: results from the longitudinal Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *Int J Obes (Lond)* 2006; 30 (3): 513-9.

Evolución de la minimización del riesgo de producir agranulocitosis por la administración de especialidades medicinales que contienen clozapina en Argentina

Maximiliano Bergman

*Médico Pediatra integrante del Departamento de Farmacovigilancia de la ANMAT
E-mail: snfv@anmat.gov.ar*

Inés Bignone

Médica Farmacóloga, Jefa del Departamento de Farmacovigilancia de la ANMAT

Agustina Bisio

Médica Psiquiatra, Directora de la Dirección de Evaluación de Medicamentos de la ANMAT

Viviana Bologna

Farmacéutica, Jefa del Servicio de Información de Medicamentos del Departamento de Farmacovigilancia de la ANMAT

Analía Sabatini

Médica Psiquiatra Infantil integrante de la Dirección de Evaluación de Medicamentos de la ANMAT

Introducción

La clozapina es un fármaco utilizado en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia resistente a otros tratamientos. Químicamente, se trata de una dibenzodiazepina desarrollada en la década del '60, con un perfil terapéutico y farmacológico diferente del de los antipsicóticos convencionales,

por lo que es considerada un antipsicótico atípico. Según Lieberman y cols. (8) y Miller y cols. (9), la clozapina tiene el beneficio de que, a diferencia de otros neurolepticos, la incidencia del efecto extrapiramidal es baja. Su mayor riesgo es la granulocitopenia/agranulocitosis, definida como

Resumen

La clozapina es un antipsicótico atípico utilizado en el tratamiento de la esquizofrenia con notables ventajas frente a otros fármacos. Sin embargo, su uso implica un grave riesgo de producción de alteraciones hematológicas (incluyendo granulocitopenia/agranulocitosis) que pueden llegar a ser mortales si no se detectan en forma precoz. Luego de ser retirada del mercado a nivel mundial, la clozapina es reintroducida años más tarde, pero con la implementación de un programa de monitoreo hematológico obligatorio. En Argentina, dicho programa quedó establecido a través de la Disposición ANMAT 935/00 y facilitó el seguimiento de la utilización de la droga. Actualmente, la incidencia de agranulocitosis en nuestro país se mantiene en valores incluso más bajos que los indicados por las cifras internacionales.

Palabras clave: Clozapina - Agranulocitosis - Programa de monitoreo.

RISK MINIMIZATION EVOLUTION OF AGRANULOCYTOSIS CAUSED BY THE ADMINISTRATION OF PHARMACEUTICAL PRODUCTS CONTAINING CLOZAPINE IN ARGENTINA

Summary

Clozapine is an antipsychotic medication used in the treatment of schizophrenia. Compared to other drugs, Clozapine has shown remarkable advantages. However, its use entails a serious risk of causing hematologic alterations (including granulocytopenia/agranulocytosis). Such alterations may result in death if they are not detected early. Clozapine was recalled from the worldwide market and it was reintroduced some years later, but a mandatory hematologic monitoring program was implemented. The program was established in Argentina by ANMAT's regulation 935/00. It helped to monitor of the use of the drug. Currently, the incidence of agranulocytosis in our country is lower than the international incidence rates.

Key Words: Clozapine - Agranulocytosis - Monitoring program.

un recuento de glóbulos blancos menor a $2000/\text{mm}^3$ y un recuento de los leucocitos polimorfonucleares de menos de $500/\text{mm}^3$ con una incidencia del 0,8 al 2%. Este efecto adverso, poco frecuente pero potencialmente grave, constituye un factor limitante para su empleo terapéutico, lo que exige que su utilización esté sujeta a un control especial.

La agranulocitosis puede ser mortal si no se diagnostica precozmente y su frecuencia de aparición es diez veces mayor a la de los antipsicóticos clásicos, pero la evolución es favorable en aquellos casos en que se diagnostica antes de la aparición de síntomas de infección (2). Para minimizar los riesgos de los pacientes tratados con clozapina en 1996 se puso en marcha un programa de seguimiento de pacientes (3).

Si bien la clozapina había sido suspendida de la venta mundial en 1975 debido a la notificación de una serie de muertes por agranulocitosis durante el tratamiento, en 1990, después de casi diez años de uso, se autorizó nuevamente en los EE.UU. y en varios países de Europa. Dicha decisión se tomó en función de sus beneficios, pero con la condición de emplearla incluyendo a los pacientes en un programa de monitoreo hematológico, antes del tratamiento con la droga y durante su curso, comprometiéndose los laboratorios a limitar el acceso al medicamento sólo a los pacientes incluidos en el programa, a realizar los controles hematológicos y a tratar a los pacientes con agranulocitosis en caso de ser necesario.

En la Argentina se aprobó el uso de clozapina en 1974, y en 1977 se restringió su empleo a instituciones (2). En 1992, el laboratorio Sandoz (antes de su fusión comercial con Ciba para la formación de Novartis) pidió a la Dirección Nacional de Drogas, Medicamentos y Alimentos -aún la ANMAT no estaba constituida- el "apoyo" para la puesta en marcha de un "programa de monitoreo de pacientes con clozapina", el que se implementó en marzo de ese año.

Existen algunas referencias no documentadas ("*transmitidas oralmente*") de pacientes tratados con clozapina fallecidos por eventos asociados a granulocitopenia durante 1992 a 1996.

Con la creación de la ANMAT y del SNFVG se dispuso una serie de medidas para minimizar los riesgos de su uso y para "(...) unificar la normativa sobre programas de monitoreo de pacientes tratados con clozapina, con el objeto de permitir un empleo racional y seguro del mismo" (4). La ANMAT elaboró la disposición junto a los laboratorios que comercializaban en ese momento la droga en la Argentina (Novartis y Fabra). El programa quedó establecido en la Disposición N° 2.534/96 y en abril de 1998, por las características del fármaco y de acuerdo con la Ley N° 19.303 de psicotrópicos (lista IV), las especialidades medicinales que contenían clozapina pasaron a la lista III, por lo cual debían expendirse con la condición "bajo receta archivada" (5) y las farmacias debían archivar las recetas y registrarlas en el libro correspondiente.

El programa debe ser adoptado por todos los laboratorios titulares de certificados de especialidades medicinales que contengan el fármaco y sean comercializadas (Disp 935/00 punto 5.1); además, aquellos deberán remitir al Departamento de Farmacovigilancia de la ANMAT informes mensuales de los pacientes en tratamiento (punto 5.5).

La Disposición hace referencia, en su Anexo I, a las responsabilidades del paciente o representante legal, a las farmacias dispensadoras, al médico, al laboratorio de análisis clínicos, al laboratorio titular del certificado de aprobación y a la ANMAT. Incluye en el punto N° 7 las normas de seguridad para los enfermos tratados con clozapina incluidos en el Programa. En el Anexo II se presenta el texto del consentimiento informado que debe firmar el paciente (Disposición de la ANMAT N° 2.534/96, 424/98 y 935/00).

El funcionamiento del programa que se encuentra descrito en las Disposiciones de la ANMAT N° 2.534/96; 935/00 y 6.727/00 tiene como objetivo la detección temprana de la granulocitopenia/agranulocitosis por medio de los análisis de sangre periódicos. Si el paciente evoluciona hacia una situación de alarma (ver Tabla 1), debe suspenderse la administración del fármaco y el laboratorio deberá responsabilizarse de su recuperación.

Tabla 1. Conducta a seguir en pacientes tratados con clozapina según los datos del hemograma.

Leucopenia granulocitopenia	Glóbulos blancos totales por mm^3	Neutrófilos por mm^3	Conducta por seguir
Leve	3500-3000	2000-1500	Hemograma cada 48 hs. No se suspende la medicación
Moderada	3000-2000	1500-1000	Hemograma diario Se suspende la medicación
Severa	< 2000	< 1000	Hemograma diario Se suspende el tratamiento Control de signos de infección Supervisión por hematólogo
Agranulocitosis		< 500	Hemograma diario Se suspende el tratamiento Supervisión por hematólogo y posible administración de factores estimulantes de colonias

- Fuente: Disposición de la ANMAT N° 935/00

Al comienzo del programa, solamente una firma comercializaba el producto. Con el paso de los años, se fueron incorporando otros laboratorios. El primero en comercializar la clozapina desde 1976 hasta 1996 fue el laboratorio Sandoz (Lapenax®). En 1997 se fusiona con otros, unión que dio origen al laboratorio Novartis, y se suma a la comercialización el laboratorio Fabra. En los años subsiguientes se incorporaron Ivax (1999), Rospaw (2005) y Lemax (2006).

Aspectos clínicos

En la práctica asistencial, tanto en niños como en adultos la clozapina se prescribe en aquellos pacientes que tienen diagnóstico de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos que no han respondido a por lo menos dos fármacos antipsicóticos; es decir es “de tercera elección”. Se observa buena respuesta en estos pacientes; en quienes se debe suspender su administración debido a su toxicidad hematológica, y no tienen indicación de retratamiento, resulta muy difícil encontrar otro recurso terapéutico eficaz.

Además de las dificultades ya conocidas que se presentan en la adherencia al tratamiento psiquiátrico, en clozapina se agrega la necesidad de monitoreo hematológico; en la práctica se observa una mejor compliance cuando se ofrece la posibilidad de las extracciones de sangre domiciliarias.

El cumplimiento del monitoreo hematológico permite la detección precoz de una disminución en el recuento de leucocitos y neutrófilos y disminuye el riesgo de agranulocitosis. Se debe descartar la posibilidad de una alteración en la fórmula leucocitaria ante la aparición de cualquier signo o síntoma de infección.

Es una obligación del médico prescriptor corroborar en cada visita del paciente la realización del hemograma y sus resultados y es de buena práctica comunicarse con el laboratorio encargado del programa ante cualquier duda para poder tomar la decisión de continuar o suspender el tratamiento. En algunos casos, por la condición clínica del paciente y según criterio médico, se decidió la suspensión del tratamiento y la interconsulta con el hematólogo a pesar de no reunir el paciente los criterios establecidos por la Disposición 935/2000; es decir, en algunos casos pueden ser orientativos los valores obtenidos en el hemograma pero la conducta va a estar determinada fundamentalmente por la condición clínica del paciente y los criterios del médico tratante.

Agranulocitosis por clozapina. Perspectiva mundial. Situación en Argentina

Reportes iniciales provenientes de Europa en la década del '70 describían tasas de agranulocitosis en pacientes que recibían clozapina entre un 0,05 y un 2%. Dicha agranulocitosis afecta selectivamente a precursores de los leucocitos polimorfonucleares en la médula ósea y puede revertirse sin secuelas hematológicas si el tratamiento es suspendido a tiempo. El mecanismo que media esta reacción es poco conocido, pero se cree que es inmuno-

lógico. Alvir y cols. (1) presentaron los primeros datos del programa de clozapina en el año 1993, señalando que el 0,8% de los pacientes tratados con clozapina presentaron agranulocitosis dentro del primer año de tratamiento y 0,91% al año y medio de tratamiento. La mayoría de los casos ocurrieron dentro de los primeros tres meses de tratamiento, con el mayor riesgo en el tercer mes.

Debido a esto, en el *Programa de Farmacovigilancia Intensiva para Clozapina en Argentina* se efectúan controles semanales durante las primeras 18 semanas de tratamiento, pasando luego a controles mensuales.

En el año 2006, a partir de nuevos estudios publicados, Dunk y cols. (6) publicaron un trabajo en el cual se re-exponía a los pacientes respondedores a la medicación pero que habían presentado granulocitopenia y se habían recuperado. En los resultados se concluía que el 62% no repetía episodios de discrasias sanguíneas. La FDA decidió permitir reexponer sólo a los pacientes que presenten alertas moderadas. En el programa de Vigilancia Intensiva en Argentina sólo casos solicitados a esta administración pueden ser autorizados para reexponer a los pacientes y bajo la total responsabilidad del médico prescriptor. Con respecto a la eficacia de los programas de vigilancia intensiva en el mundo, y en especial en Estados Unidos, Honigfeld y cols. (7) describieron los datos recabados por el CNRS (*Clozaril National Registry System*) donde se observó un descenso en el porcentaje de agranulocitosis (0,38%), donde el 3% de esos pacientes fallecieron.

En la Tabla 2 se describen los casos notificados de agranulocitosis en la Argentina, en los últimos 3 años con el porcentaje de incidencia correspondiente.

Tabla 2. Incidencia de agranulocitosis en pacientes tratados con clozapina (período 2007-2009).

Año	Cantidad de pacientes activos	Pacientes con agranulocitosis	Incidencia
2007	6148	5	0,08
2008	6500	12	0,18
2009	6500	5	0,07

- Fuente: elaboración propia con datos de los laboratorios productores, de los Boletines para Profesionales de la ANMAT y del SNFVG

Como se observa en esta tabla, la incidencia de agranulocitosis por el tratamiento de clozapina se encuentra dentro de los valores esperados e incluso presenta una incidencia menor a la registrada en los trabajos previamente mencionados. Cabe destacar que no se han reportado muertes por el uso exclusivo de clozapina (un paciente falleció, pero padecía, además, una leucemia aguda).

Conclusiones

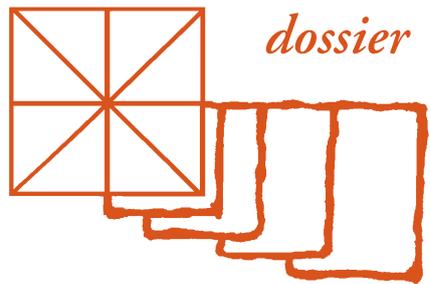
Luego de 10 años de Programa de Vigilancia Intensiva y a partir de los datos analizados, es evidente que el programa facilitó el seguimiento de la utilización de la droga observándose una baja incidencia de agranulocitosis. Es muy importante que los médicos prescriptores incluyan a todos los pacientes en el programa llevado

adelante por el laboratorio titular de la especialidad medicinal con la que se realiza el tratamiento de según cada paciente.

Agradecimiento: al Farm. Andrés Brandolini por la lectura crítica del documento ■

Referencias bibliográficas

1. Alvir JM, Lieberman JA, Safferman AZ, Schwimmer JL, Schaaf JA. Clozapine-induced agranulocytosis. Incidence and risk factors in the United States. *N Engl J Med* 1993; 329 (3): 162-167.
2. Bolaños R, Giménez E, Bignone I. Boletín para profesionales. ANMAT 2000; 8 (2): 29-31.
3. Disposición ANMAT N° 2.534/96, modificada por Disposición N° 424/98, 935/00, 5625/00 y 6727/00.
4. Disposición ANMAT N° 2.534/96.
5. Disposición ANMAT N° 1.381/98.
6. Dunk LR, Annan LJ, Andrews CD. Rechallenge with clozapine following leucopenia or neutropenia during previous therapy. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 255-263.
7. Honigfeld G, Arellano F, Sethi J, Bianchini A, Schein J. Reducing clozapine-related morbidity and mortality: 5 years of experience with the Clozaril National Registry. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (3): 3-7.
8. Lieberman JA, Safferman AZ. Clinical profile of clozapine: Adverse reactions and agranulocytosis. *Psychiatr* 1992; Q63: 51-70.
9. Miller CH, Mohr F, Umbricht D, Woerner M, Fleischhacker WW, Lieberman JA. The prevalence of acute extrapyramidal signs and symptoms in patients treated with clozapine, risperidone and conventional antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 69-75.



PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Coordinación

Andrea Abadi, Ernesto Wahlberg

La especialidad de psiquiatría infanto-juvenil ha tenido y tiene un crecimiento y reconocimiento muy importante en los últimos quince años. Nuevos puestos de residencia, radicación de especialistas en el interior del país, servicios de guardia en hospital generales, nuevos lugares de internación, mayor presencia en el área de discapacidad y, sobre todo, un reconocimiento en el sistema de salud. El quiebre epistemológico producido permitió que la nueva especialidad se diferenciara claramente de la neurología y la psicología infantil, referentes hasta el siglo pasado para toda la problemática de los trastornos del desarrollo, aprendizaje y la conducta.

Cabe reconocer que parte de su expansión se debió a la posibilidad de la utilización de psicofármacos en la infancia y la mayor discriminación clínica de los trastornos de comienzo en este grupo etario. También tenemos que considerar el lugar que ocupan en este proceso las diferentes nosografías internacionales, con sus variados aportes y polémicas.

Consideramos imprescindible que la especialidad no quede limitada en su práctica a los diagnósticos clínicos y a los tratamientos farmacológicos, ya que de esa forma se soslaya la enorme complejidad presente en una clínica que abarca tanto al paciente como a su familia.

Para lo cual es necesario seguir desarrollando entre otros, una serie de objetivos, que se reflejan en los artículos que se publican en este dossier:

- Realizar estudios de investigación sobre la eficacia y repercusión de las intervenciones psicofarmacológicas.

- Diseñar programas de análisis de los aspectos problemáticos de la niñez que incluyan cuestiones sociológicas, antropológicas y filológicas para evitar el reduccionismo biomédico.

- Mejorar las propuestas nosográficas y las consideraciones clínicas a través de estudios epidemiológicos de corte nacional e internacional, que permitan realizar comparaciones transculturales.

- Considerar los aportes de la neuropsicología para la comprensión de las bases neurobiológicas de distintos eventos sintomáticos en diferentes trastornos.

- Reconocer las diferentes miradas y las hipótesis sobre el desarrollo infantil para, a partir de allí, comprender los desarrollos atípicos que dificultan la constitución de la subjetividad y el logro de la autonomía y la autodeterminación de los niños y jóvenes.

- Diagramar estrategias y dispositivos de abordaje terapéuticos para aquellas patologías o situaciones de riesgo para los pacientes y su familia.

- Analizar la problemática de la internación psiquiátrica en la niñez, sus complejidades, sus desafíos y sus posibilidades.

- Desarrollar integralmente la interacción con todas las profesiones dedicadas a la atención de la salud mental infantil y familiar

Para la construcción de este dossier de VERTEX decidimos convocar a diversos psiquiatras de nuestro país, de Latinoamérica y de España, con el objeto de poder brindar un panorama lo más completo posible de la pro-

ducción intelectual hispanoparlante, alejada de los centros de producción científica hegemónicos. Estas elaboraciones dan cuenta de la fertilidad de un campo de trabajo que debe continuar siendo explorado por las nuevas generaciones de psiquiatras interesados en la matriz disciplinar infanto-juvenil.

Los artículos presentados son:

“Aspectos evolutivos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): De los factores de riesgo al impacto socio académico y a la comorbilidad”, de Quinteros, J; Loro, M; Jiménez, B; García Campos, N.

“El niño portador de un trastorno grave del humor y del comportamiento. Investigación clínica”, de Viola, L.

“Funciones Neurocognitivas y Psicopatología Infanto-Juvenil” de Chamorro Oschilewsky, R.

“Trastornos del espectro autista. Hipótesis del

desarrollo funcional emocional y su relación con las intervenciones terapéuticas” de Cukier, S; Wahlberg, E.

“Internación psiquiátrica de adolescentes menores de 17 años. Complejidad en la problemática y en la solución” de Abadi, A; Pallia, R; Blanco, M; Rotbalt, G; Nieva, J; Olguín, M; Lesta, P.

“Tentativa de suicidio en la adolescencia. Relato de una experiencia clínica”. Finkelsztein, C; Girard, P; Job, A; Matusevich, D.

Por último, en la sección El Rescate y la Memoria, a cargo de Norberto Conti, se publican traducidos dos artículos de Sante De Sanctis, siempre mencionados pero poco conocidos: *“Demencia precocísima”, de 1908, y “Patrones clínicos de la demencia precoz en la infancia y la niñez”, de 1928 ■*

Aspectos evolutivos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): de los factores de riesgo al impacto socioacadémico y a la comorbilidad

Javier Quintero

*Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Infanta Leonor. Departamento de Psiquiatría, Universidad Complutense, España
E-mail: fjquintero@salud.madrid.org*

Mercedes Loro

Hospital Universitario de Guadalajara, España

Belén Jiménez

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Infanta Leonor. Departamento de Psiquiatría, Universidad Complutense, España

Natalia García Campos

Clínica Doctor Quintero, Madrid, España

Resumen

El TDAH es un trastorno muy prevalente en la edad infantil, y entre un tercio y la mitad, persistirá en la edad adulta. Además, es importante tener en cuenta su alta comorbilidad, tanto en niños, como en adolescentes y adultos. Por lo tanto, el TDAH adquiere un importancia especial cuando es comprendido como un factor de riesgo para el desarrollo de otra psicopatología, en ocasiones grave, que añade complejidad al diagnóstico en el niño o el adolescente, pero también en el adulto, y en cualquier caso confiere un riesgo evolutivo a lo largo de la vida del sujeto que lo padece. Se realizó un estudio correlacional con una muestra de 378 pacientes diagnosticados de TDAH en la infancia entre los años 1988 y 2000 y en los que se había indicado un tratamiento tras el diagnóstico. Se evaluaron 88 pacientes entre 18 y 33 años. El 85% de los pacientes habían seguido tratamiento cambiando. Los datos encontrados ofrecen unas cifras de comorbilidad menores que otros estudios publicados (36,4%), con una persistencia del diagnóstico del TDAH en la edad adulta también menor, del 15%. Se trata de una población tratada; los resultados pueden orientar hacia un posible papel protector del tratamiento precoz del TDAH.

Palabras clave: TDAH - Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad - Adulto - Adolescente - Comorbilidad - Evolución psicosocial - Tratamiento - Factores de riesgo - Prevención - Diagnóstico.

EVOLUTIONARY ISSUES IN ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD); FROM RISK FACTORS TO COMORBIDITY AND SOCIAL AND ACADEMIC IMPACT

Summary

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common childhood disorders and at least one-third to one-half will continue through adolescence and adulthood. Moreover it is important the high comorbidity not only in children, but in adolescents and adults. Therefore ADHD becomes especially important when we observe it as a risk factor for the development of another psychopathology that add more complexity to the diagnosis of children and adolescents and also adults, and confers an evolutionary risk throughout the lifetime of the person who suffers from it. A correlational study with a sample of 378 patients diagnosed with ADHD in the childhood between 1988 and 2000 who had initiated treatment after been diagnosed was carried out. 88 patients were evaluated years after (2006) with ages between 18 and 33 years old. 85% of the patients in this study had had combined treatment. The data found in this study show lower comorbidity than other published studies (36.4%), as well as a lower persistence of the complete diagnosis of ADHD in the adulthood (15%). This is a treated population; the results may lead to a possible protector role of the early treatment of ADHD.

Key words: ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder - Adult - Adolescent - Comorbidity - Psychosocial evolution - Treatment - Risk factors - Prevention - Diagnosis.

Introducción

El TDAH se define como un patrón persistente de falta de atención y/o hiperactividad, y comportamientos impulsivos cualitativamente inadecuados para la edad y nivel de desarrollo del niño y han de presentarse en al menos dos contextos de la vida y causar disfunción (DSM-IV TR, Manual Diagnóstico y Estadístico, cuarta edición revisada) (3). Afecta al 6-8% de la población infantil (29), pero sabemos que tiene una continuidad a lo largo de la vida, pudiendo llegar a afectar en torno al 4% de los adultos (20, 31).

Uno de los factores que más interés está despertando en la comunidad científica es la alta comorbilidad en este trastorno. El estudio MTA, Estudio Multimodal de tratamiento de niños con TDAH (19), encontró un 68% de trastornos comórbidos, siendo los más frecuentes el trastorno negativista desafiante y/o trastorno de conducta (29,5%) y el trastorno de ansiedad (14%), los problemas de aprendizaje (20-25%), trastornos afectivos (15-75%, y entre ellos 20% de trastorno bipolar) y abuso de sustancias (19).

Hay un aumento exponencial en el interés de esta patología (27). Durante más de setenta años, la investigación se centró en la población infantil, porque se suponía que el trastorno no se manifestaba en la edad adulta. A partir de 1976 se han publicado diferentes trabajos que han aportado sólidas evidencias de la validez del diagnóstico del TDAH en adultos (30). Así tanto los correlatos clínicos, la historia familiar, la respuesta al tratamiento, los estudios de laboratorio, el curso y la evolución, sustentan la validez del diagnóstico en adultos (20, 37).

En un estudio prospectivo publicado por Biederman en el año 2000 (8), sobre 128 niños con TDAH, se halló que a la edad de 19 años el 38% de los sujetos cumplían los criterios diagnósticos del TDAH (DSM-III-R), el 72% presentaba como mínimo un tercio de los síntomas requeridos para el diagnóstico y el 90% mostraban evidencia de un deterioro clínicamente significativo, con un GAF (*Global Assessment of Functioning Scale*) inferior a 60. En otro meta-análisis de 22 estudios de seguimiento de niños con TDAH, los resultados fueron divididos en 2 grupos: aquellos que cumplían los criterios completos del DSM-IV para TDAH tras el seguimiento y aquellos que presentaban síntomas del trastorno sin reunir los criterios (o el grupo residual se define en "remisión parcial" según el DSM-IV). El 15% de los casos a la edad de 25 años cumplían criterios completos y más de 60% cuando el grupo residual era incluido (12, 25). En estos estudios se evidenció lo variable que pueden llegar a ser los porcentajes de persistencia del TDAH en la vida adulta dependiendo del criterio de remisión aplicado.

De forma genérica, se estima que entre un tercio y la mitad de los niños con TDAH lo seguirán presentando en la edad adulta (12, 14, 20) pero en cualquier caso, y al margen del debate epidemiológico, la continuidad del TDAH a lo largo de la vida, se consolida en la literatura científica.

El diagnóstico del TDAH en el adulto ha sido objeto de múltiples opiniones y debates, ya que diversos autores (2, 21, 32) refieren que el TDAH en adultos puede estar infradiagnosticado en relación a las escasas guías diagnósticas existentes y al hecho de que la mayoría de los criterios diagnósticos, al menos los dominantes, están dirigidos hacia población infantil. Se tiende a obviar que los síntomas son crónicos, y se atribuyen gran parte de su estabilización a la reeducación cognitiva a lo largo de los años, mediante la modulación llevada a cabo por la experiencia vital, o por la psicoeducación, por lo que la severidad de los síntomas no es necesariamente predictiva de las limitaciones funcionales (tan solo influye en un 25%) (28). Los criterios diagnósticos también han sido criticados porque no son lo suficientemente sensibles, ni flexibles, para evaluar los cambios a lo largo del desarrollo, al basarse especialmente en las primeras manifestaciones del trastorno (hiperactividad) que pierde intensidad con los años e ignorando las evidentes secuelas en la adolescencia (6).

Los síntomas nucleares del TDAH van a sufrir cambios en su patoplastia (17); así, el rasgo que más se modifica es la hiperactividad (pasa a ser referida como una inquietud interna), pero prevalecen los síntomas de inatención (escasa concentración en el trabajo, soñar despierto, tendencia a los olvidos...) o la impulsividad que en adultos se manifiesta como una pobre tolerancia a la frustración, fácil pérdida de control o impaciencia.

Un criterio importante a tener en cuenta es la presencia de los síntomas en la infancia, que aunque no hayan repercutido en la funcionalidad del sujeto o no hayan alcanzado un diagnóstico formal, sí que deben haber estado presentes en la infancia, evitando así que todos los adultos con dificultades atencionales e impulsivos se diagnostiquen erróneamente de TDAH, sin descartar debidamente otras condiciones que puedan generar estos síntomas.

En términos generales, los pacientes con TDAH logran una menor formación académica en comparación a los grupos control, aún presentando niveles de inteligencia similares; y este menor rendimiento escolar es un predictor importante del nivel socioeconómico alcanzado en la vida adulta (23).

Los trastornos comórbidos son además un obstáculo añadido para el desarrollo educacional del niño, especialmente por la alta prevalencia del trastorno oposicionista que parece relacionarse directamente con bajos logros académicos (30). Asimismo presentan más problemas de adaptación y disciplina en el ámbito escolar (16). Las dificultades académicas se han puesto de manifiesto en los diferentes estudios, ya que un 16-40% de los adultos con TDAH seguidos en unidades de psiquiatría desde la infancia, han precisado repetir algún curso académico (23). En el estudio Miwaukee del equipo de Barkley (24), únicamente el 5% de los sujetos con TDAH finalizaron algún tipo de estudios universitarios, mientras que este porcentaje en el grupo control fue siete veces mayor (35%). Las personas con TDAH presentan una peor adaptación laboral que los individuos sin en el trastorno (21, 23). La inestabilidad laboral es mayor en los pacientes

sar participar 20 de ellos. Se diseñó un cuestionario de recogida de datos *ad hoc* que constaba de:

- Datos sociodemográficos: tipo de convivencia, historial académico (nivel de estudios alcanzado, cursos repetidos, conflictos con compañeros y cambios de colegio), historia sociolaboral, nivel socioeconómico, e historial legal (multas, juicios y accidentes de tráfico).

- Datos sobre la historia psiquiátrica: Antecedentes personales psiquiátricos, antecedentes familiares psiquiátricos, enfermedad psiquiátrica actual, y su tratamiento (psicoterapia, fármacos o terapia combinada).

- Datos sobre el Consumo de tóxicos: tabaco (especificando el número de cigarrillos/d), alcohol (consumo ocasional, de fin de semana o a diario), otros tóxicos (especificados) y la edad de inicio de cada consumo.

- Datos sobre el Grado de satisfacción vital: Valoración subjetiva de su satisfacción respecto a sus expectativas de vida, en un rango del 0 al 10, siendo cero la peor valoración posible, y 10 la mayor satisfacción alcanzable.

Se hizo un análisis estadístico descriptivo de la muestra y variables estudiadas con el paquete estadístico SPSS (v13.0).

Resultados

En la muestra finalmente analizada ($n = 88$), el 83% de los pacientes de la muestra final eran hombres y el 17% mujeres. El tratamiento que habían recibido para el TDAH era en un 85,3 % tratamiento combinado (psicoterapia y farmacoterapia) y en 14,7 % sólo psicoterapia. El fármaco más utilizado fue el metilfenidato; en monoterapia el 27,2% o en combinación el 72,8%, (con otros fármacos como eutimizantes o antidepresivos).

En cuanto a los datos sociodemográficos (ver Tabla 1), encontramos que el 89,8% de los encuestados convivía con su familia de origen. En un 13,7% de los casos los progenitores estaban separados; se recogió un 23,9% de conflictos en la interrelación familiar, y respecto a los datos de matrimonio, el 85,2% estaba soltero y prácticamente el 100% sin hijos.

Tabla 1. Datos sociodemográficos.

Convivencia	
Familia de origen	89,8%
Independizados	10,2%
Situación parental	
Padres separados	13,7%
Padres no separados	86,3%
Conflictos familiares	
Ausentes	76,1%
Presentes	23,9%
Estado Civil	
Solteros	85,20%
Casados	14,80%

Respecto al *historial académico* (ver Tabla 2), el 83,3% situaba su media de rendimiento académico en mayor o igual a 5 (sobre un rango de 0 a un máximo de 10), a pesar de que el 71,6% había repetido al menos un curso. En el nivel académico alcanzado encontramos que un 27,3% que poseía estudios primarios, un 26,1% que alcanzó estudios secundarios, un 11% había estudiado un oficio, un 10% había logrado una diplomatura universitaria y un 25,6% estaba cursando o había finalizado una licenciatura.

Tabla 2. Evolución académica.

Rendimiento	
$\geq 5/10$	83,30%
$< 5/10$	16,70%
Repetición de curso	
al menos uno	71,60%
ninguno	28,40%
Nivel de estudios	
primarios	27,30%
secundarios	26,10%
oficio	11,00%
diplomatura	10,00%
licenciatura	25,60%
Conflictos escolares	
presentes	27,30%
ausentes	72,70%
Cambios de colegio	
si	61,00%
<i>causado por TDAH</i>	61,60%
<i>otros motivos</i>	38,40%
no	39,00%

El 27,3% de los evaluados reconocía haber tenido conflictos durante su etapa escolar y el 61% había tenido al menos un cambio de centro escolar en relación a estos problemas, de ellos el 61,6% relacionaban el cambio por consecuencias de su TDAH y en 38,4% de los casos por causas sociales ajenas al TDAH (por ejemplo, por cambio de domicilio).

En el *ámbito laboral* (ver Tabla 3) trabajaba un 53% de los pacientes, en trabajos con cualificación básica (53%), seguido de trabajo no cualificado (y mayoritariamente eventual), en un 29,9 %; y el porcentaje restante desarrollaron trabajos que requerían más formación: un 8% desempeñaban puestos administrativos, un 5% de puestos intermedios en las empresas y un 4,1% de directivos.

Tabla 3. Situación laboral.

En activo	
si	53,00%
<i>cualificación técnica</i>	53,00%
<i>no cualificado</i>	29,90%
<i>administrativo</i>	8,00%
<i>puestos intermedios</i>	5,00%
<i>directivos</i>	4,10%
no	47,00%
Cambios de trabajo	
al menos una vez	26,30%
nunca	73,70%
Despidos	
no	94,30%
alguno	5,70%
Nivel económico	
menor que progenitores	67,00%
igual o inferior	33,00%

El 26,3% de los pacientes habían cambiado al menos una vez de trabajo, pero la mayoría, el 94,3%, no habían sido despedidos en ninguna ocasión. El *nivel económico* era inferior que el de sus padres en el 67% de los casos y referían mantener o mejorar el estatus económico el 33% de los pacientes.

Un 12,6 % de pacientes que habían sufrido al menos un *accidente de tránsito*, el 81% de gravedad leve y sin responsabilidad referida en el mismo en el 71% de los casos, y para finalizar la evolución social de estos pacientes, apenas un 2% de la muestra refería *problemas legales*.

En relación a la *evolución clínica*, observamos que el 15,9% presentaba *antecedentes psiquiátricos*, siendo la ansiedad (35,8%) y la depresión (28,3%) los trastornos más frecuentes, seguidos de los trastornos de personalidad (21,3%), el trastorno por consumo de sustancias (6,9%), y otros trastornos psiquiátricos en el 7,7%.

En cuanto a los *antecedentes familiares*, encontramos un 28,4% de trastornos psiquiátricos en otros miembros de la familia. La depresión ocupaba el 77,6% de estos diagnósticos, el TDAH el 11,9%, el trastorno bipolar el 3,5%, el consumo de tóxicos el 3,5% y el trastorno de personalidad el 3,5%. En cuanto a los miembros afectos destacaron los padres (29,3%) y las madres (20,81%).

En cuanto a la presencia de otros diagnósticos en el momento de la exploración un 20,5% de los casos el paciente presentaba un trastorno mental en la actualidad, de ellos un 66,3% presentaba un TDAH, un 16,6% cumplían criterios para un trastorno depresivo, el 5,4% presentaba ansiedad, el 5,4% trastorno de personalidad, y el 6,3% otros trastornos psiquiátricos (psicosis, tóxicos, u otros), mientras que solo la mitad, un 10,5%, estaban tratamiento en la actualidad, dividiéndose este porcentaje en un 10,7% de tratamiento psicoterapéutico, un 55,9% de tratamiento farmacológico y un 33,4% en tra-

tamiento combinado. En el caso de seguir presentando TDAH, el 47,1% estaban en tratamiento solo con fármacos, el 40% con tratamiento combinado y el 12,9% solo con psicoterapia. No se evaluó la presencia de síntomas subumbral diagnóstico para el TDAH (ver Tabla 4).

Tabla 4. Historia psiquiátrica.

Antecedentes psiquiátricos	
Si	15,90%
<i>Ansiedad</i>	35,80%
<i>Depresión</i>	28,30%
<i>Trastorno personalidad</i>	21,30%
<i>Consumo tóxicos</i>	6,90%
<i>Otros</i>	7,70%
No	84,10%
Antecedentes familiares (padre, 29,3%; madre, 20,81%; otros, 49,90%)	
Si	28,40%
<i>Depresión</i>	77,60%
<i>TDAH</i>	11,90%
<i>Trastorno Bipolar</i>	3,50%
<i>Trastorno personalidad</i>	3,50%
<i>Consumo tóxico</i>	3,50%
No	71,60%
Patología actual	
Si	20,50%
<i>TDAH</i>	66,90%
<i>Depresión</i>	16,60%
<i>Ansiedad</i>	5,40%
<i>Trastorno personalidad</i>	5,40%
<i>Otros</i>	6,30%
No	79,50%
Tratamiento actual	
Si	10,50%
<i>Psicoterapia</i>	10,70% (si TDAH 12,9%)
<i>Farmacoterapia</i>	55,90% (si TDAH 47,1%)
<i>Psicoterapia + farmacoterapia</i>	33,40% (si TDAH 40%)
No	89,50%
Consumo de tóxicos	
Tabaco (inicio <17 años, 12,9 cigarrillos/día)	
Si	38,60%
No	61,40%
Alcohol (inicio <16 años)	
Si	62,50%
<i>Consumo ocasional</i>	14,93%
<i>Consumo fin de semana</i>	23,43%

<i>Consumo diario</i>	6,87%
No	37,50%
Otras sustancias (inicio < 15 años)	
Si	13,60%
<i>Cannabis</i>	41,50%
<i>Cocaína</i>	25,00%
<i>Anfetaminas</i>	16,00%
<i>Otros</i>	8,50%
No	86,40%

El grado de *satisfacción vital* lo situaba al 65% de los pacientes de la muestra en al menos un 7 sobre 10 que contrasta con los datos obtenidos en el estudio en lo relativo a estatus socioeconómico y estatus sociolaboral.

Sobre el *consumo de tóxicos*, encontramos que el 38,6% de los pacientes eran fumadores (siendo el consumo medio de los fumadores 12,9 cigarrillos/día), y su edad media de inicio antes de los 17 años.

Un 68,1% consumía alcohol, con una edad media de inicio más precoz que el tabaco: antes de los 16 años, clasificándose como consumo ocasional el 14,93%, consumo regular los fines de semana el 23,4% y diario el 6,87%. En lo relativo a otros tóxicos, un 13,6% consumía otras sustancias. Entre ellos el más frecuente era el cannabis (41,5%), a seguida de la cocaína (25%) y las anfetaminas (16%), quedando un 8,5% consumidores de otros tóxicos (drogas de diseño, opiáceos), siendo la edad media de inicio de este tipo de tóxicos, de 15 años.

Discusión

Se trata de una de las primeras muestras estudiadas en nuestro medio sobre la evolución a la edad adulta de pacientes diagnosticados de TDAH. Este estudio aporta datos sobre el desarrollo y evolución de pacientes diagnosticados de TDAH, sin haber sido objeto de ningún tipo de protocolo de seguimiento específico, lo que podría condicionar la evolución.

De los datos estudiados destaca que en el *ámbito académico* encontramos un deterioro del nivel de funcionamiento mayor del referido por las publicaciones de otros autores de esa época, así destaca la alta frecuencia de pacientes que han repetido un curso (71,6%), frente al 16-40% encontrado por Barkley et al en EEUU (6), o frente al 15-25 % de la población española según un estudio del Ministerio de Educación y Ciencia (MEyC2005) (22), que en este caso opera como datos de población control. Creemos que las altas cifras pueden estar en relación a circunstancias previas al diagnóstico y por ende tratamiento del TDAH. Resulta paradójico que más de la mitad de los pacientes evaluados sitúe su rendimiento académico en mayor o igual a cinco, en una escala de 0-10 (lo que equivale a un aprobado), a pesar del alto porcentaje que repitió curso. De aquí inferimos la permisividad con la que cada paciente se autoevalúa o la auto

observación inexacta, como característica o residuo de estos pacientes al alcanzar la vida adulta.

Encontramos sin embargo un mayor porcentaje de pacientes cursando o habiendo terminado una carrera (diplomatura o licenciatura), un 25,6 %, difiriendo de los estudios previos en el porcentaje de licenciaturas concluidas (5% en EEUU frente al 9,1% de España) (5, 22). Explicamos esta diferencia por el nivel de adaptación al TDAH, de manera que en los pacientes correctamente tratados, podrían incluso presentar una ventaja cualitativa a la hora de realizar tareas complejas, como pueden ser el estudio. Un dato de interés a tener en cuenta en futuras ocasiones, sería concretar los tipos de estudios que realizan, ya que a priori debieran estar sobrerrepresentadas las carreras técnicas o experimentales, dato no recogido en nuestro estudio.

Consideramos alto el porcentaje de nuestros pacientes que referían haber tenido conflictos en la convivencia escolar, el 27,3%, frente a un 7,6% de la población infantojuvenil, según la memoria del INJUVE (Instituto de la Juventud Española) (18) del año 2006. Derivado de estos conflictos, el 60,2% había requerido uno o más cambios de colegio, siendo el TDAH la causa principal en el principal en el 61,6% de los cambios.

No se reprodujeron los resultados esperados en cuanto a los *problemas legales*, en nuestra muestra encontramos un porcentaje del 2%, frente al 22% registrado en EEUU. Si bien en nuestro escenario social las cifras de antecedentes legales son más bajas que en EEUU, esta desigualdad no explicaría la diferencia de los datos encontrados. Los datos relativos a la seguridad vial, también presentan diferencias, en lo relativo a los *accidentes de tránsito* el 12,6% en nuestro estudio, que prácticamente coincide con la media en España -10% según el portal del Instituto de la Juventud en España INJUVE (18), y que dista de los porcentajes mayores (40%) en EE.UU. (11). Parte de esta diferencia se puede atribuir a la menor edad de inicio en la conducción, ya que los 18 años es la edad legal en nuestro medio, frente a los 16 años en EEUU.

En el ámbito laboral el INJUVE arroja datos de una media del 69,1% de jóvenes entre los 16-29 años que trabaja (18), encontrando en nuestro estudio que un 53% están trabajando. Se confirma la expectativa de bajo estatus sociolaboral, por el alto porcentaje de desempleados (47%), y de los que trabajan, el alto porcentaje de encuestados con trabajo de baja cualificación (53%), o no cualificado (29,9%), en relación al buen rendimiento laboral en España durante los años mencionados.

Encontramos que tan solo el 5,7% de los casos, los encuestados habían sido despedidos en ninguna ocasión, porcentaje muy distante del 54% de despidos referidos en EE.UU. (6) y más acorde al 5,75% de despidos en España (18), lo cual puede estar matizado por la política laboral de nuestro entorno, más proclive a los contratos temporales y a su no renovación, lo que podría enmascarar este dato.

En relación al consumo de sustancias, en nuestro estudio hemos encontrado un consumo de tabaco algo mayor (38,6%) del encontrado en población española (32%), según datos recogidos en las últimas estadísticas

de la FAD (Fundación de Ayuda a la Drogadicción) (15) mientras que el consumo medio de cigarrillos encontrado era similar (12,4 cig/d vs. 12,9 cig/d) en nuestro estudio. En cuanto a la edad de inicio eran 17 años en nuestra muestra frente a los 14 años encontrados en población general.

Los porcentajes de consumo de alcohol eran de 62,5% (la mayoría en fin de semana) frente al 80% de la población española entre los 16 y 21 años (15). La edad de inicio también era algo mayor en nuestro estudio 16 años frente a los 13 años de inicio del consumo de la población general. En el consumo de otros tóxicos, el porcentaje (13,6%) también era menor que el 22 % encontrado en población general española. Sin embargo la edad de inicio era similar (15 años en nuestro estudio frente a 14 años en la población general). La principal sustancia consumida en ambos casos era el cannabis. De manera general parece que nuestra muestra se comporta de manera similar a lo esperado por la población general de referencia, y no de la manera más precoz e intensa como preconiza la literatura en lo relativo al riesgo aumentado de consumo de sustancias cuando se tiene un TDAH (34).

En nuestro estudio la comorbilidad psiquiátrica supuso un 36,4% de pacientes que presentaban o habían presentado otro diagnóstico psiquiátrico (15,9% de pacientes con antecedentes psiquiátricos y un 20,5% presentaban un diagnóstico en el momento de la evaluación). Estas cifras de comorbilidad son menores que las referidas en otros estudios de pacientes TDAH (hasta 60% en el estudio de Barkley et al 2002) (5). Al igual que en otros estudios se encontró que la ansiedad (11,1% en total) y la depresión (21,1%) eran los trastornos psiquiátricos más frecuentes encontrados en esta muestra, lo que coincide parcialmente con otros estudios publicados, así Kessler (20) encuentra que el 38% de los pacientes adultos con TDAH presentan un trastorno depresivo, resultado mayor que en nuestro estudio, y Biederman refiere cifras de ansiedad entre el 24-43% encontrados en pacientes TDAH, lo que también difiere de este trabajo (8). Esta tasa es aún mayor en los jóvenes con problemas de conducta y TDAH ya que presentan un mayor riesgo para la ansiedad y la depresión comórbida por la repercusión funcional que implica (26). En los datos que disponemos de población española se encontró un 10% de población general con depresión y un 15% de ansiedad en población general (35). Por último, en nuestro estudio encontramos un 5,4% de trastornos de personalidad frente al 10% de estos trastornos referidos en la población general (34, 35).

En cuanto a la persistencia del TDAH en los adultos hemos hallado un porcentaje similar (13,7%) del encontrado en estudios: 25% en estudios de Biederman (8) y 15% en el estudio de Faraone (12, 13) cumplían criterios completos.

De los datos reflejados en el presente trabajo se quiere destacar los siguientes puntos principales: el TDAH

ha demostrado ser un factor de riesgo evolutivo para el desarrollo de los pacientes que lo padecen, los estudios de comorbilidad pueden diferir en función de las muestras estudiadas o los ámbitos de evaluación, así una de las variables importantes a tener en cuenta debiera ser el tratamiento. Estudios de evolución con pacientes diagnosticados y tratados en la infancia, aportan datos que sugieren un mejor pronóstico evolutivo en los aspectos psicopatológicos, con respecto a los estudios de evolución del TDAH sin tratar. Es posible que una correcta intervención pueda minimizar o incluso eliminar estos riesgos, reduciendo la precocidad en los consumos de tóxicos, situando en cifras equiparables a su población de referencia en algunas condiciones patológicas como la depresión, o la ansiedad, mitigando el impacto que sobre la comorbilidad psiquiátrica parece tener el TDAH.

En nuestro estudio este efecto no se encuentra tan claramente en la evolución escolar y laboral. Lo que parece que no se ve tan compensadas son estas dificultades, probablemente porque no es hasta que estas dificultades aparecen, cuando se consulta y por ende se obtiene la posibilidad de recibir un diagnóstico y tratamiento, con lo que las dificultades aparecen antes de la oportunidad de recibir un tratamiento que pudiera reconducir el riesgo.

Limitaciones

Dado el tiempo que cubre el presente estudio, los pacientes han sido diagnosticados siguiendo distintas ediciones del DSM, aunque no debiera suponer una distorsión de los resultados a raíz del estudio publicado por Biederman en 1997 (7) que encuentra una solapamiento casi del 100% en el diagnóstico final usando tanto el DSM-III, como III-R o IV. El principal sesgo que presenta este estudio, es que carece de grupo control, por ello las comparaciones se han hecho con datos publicados de poblaciones homogéneas en tiempos de estudio así mismo homogéneos, lo que ha limitado la realización de análisis estadísticos. La metodología del estudio imposibilitaba la opción de grupo de controles sanos. Otro sesgo se ha encontrado en la imposibilidad de localizar a una parte de la muestra, por una parte por pérdidas en los datos de contacto por cambio de la compañía telefónica y otra parte surge la interpretación, sobre si estos pacientes no localizados eran significativamente diferentes a la muestra estudiada, por si en este subgrupo estuvieran sobrerrepresentados los sujetos peor adaptados.

Agradecimientos: A nuestros pacientes, la principal fuente de inspiración. Este trabajo ha sido soportado con una ayuda a la investigación de J-C (Research Grant ICD 272099) ■

Referencias bibliográficas

- Abadi AF. Aproximación al TDAH en Adolescentes. *Vertex* 2006; 17 (70): 458-64.
- Adler L, Cohen J. Diagnosis and evaluation of adults with ADHD. *Psychiatr Clin North Am* 2004; 27 (2): 187-201.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Attention-deficit and disruptive behavior disorders. Washington DC, 2000.
- Bariel MV. Revisión y Actualización del TDAH en adultos. *Vertex* 2007; 18 (74): 245-51.
- Barkley RA. Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 (Suppl 12): 10-15.
- Barkley RA. Global Issues related to the impact of untreated Attention-Deficit/Hyperactivity disorder from childhood to young adult. *Postgraduate Medicine* 2008; 120: 3.
- Biederman J, Faraone SV, Weber W, Russel RL, Rater M, Park KS. Correspondence between DSM-III-R and DSM-IV attention-deficit/hyperactive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1682-7.
- Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 816-818.
- Biederman J, Pletty C, Fried R, Fontanella J, Doley AE, Seidman W et al. Impact of psychometrically defined deficits of executive functioning in adult with attention deficit hyperactivity disorder. *An psychiatry* 2006; 163: 1730-8.
- Biederman J, Wiles TE, Mick EM, Milberge S, Spencer TJ, Faraone SV. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1652-1658.
- Cassels C. Los conductores con TDAH tienen más accidentes de tráfico. *American Psychiatric Association. Annual Meeting*, 2009.
- Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependant decline of ADHD: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* 2006; 36 (2): 159-165.
- Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, Doyle A. Attention Deficit Hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 9-20.
- Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K et al. Cross-national Prevalence and correlates of adult ADHD. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 402-409.
- Fundación de ayuda a la drogadicción (FAD). Memoria Anual 2005. Disponible en: <http://www.fad.es/publicaciones/memoria2005.pdf>
- Gondstein S, Teeter E. Guía clínica para adultos con TDAH. NY, Academic Press, 2002.
- Goodman WC. The consequences of ADHD in adults. *J Psych Pract* 2007; 13 (5): 318-327.
- Instituto de la juventud (INJUVE). Observatorio de la juventud. Informe anual de jóvenes, 2006. Disponible en: <http://www.injuve.es/contenidos.item-action?id=409080779>.
- Jensen PS, Garcia JA, Glied S, Crowe M, Foster M, Schlander M et al. Cost-Effectiveness of ADHD Treatments: Findings From the Multimodal Treatment Study of Children With ADHD. *J Psychiatry* 2005; 162: 1628-1636.
- Kessler RC, Adler LA, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlate of ADHD in the United States: Results of the National Comorbidity Survey replication. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 716-723.
- Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult outcome of hyperactive boys: educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 565-576.
- Ministerio de educación y ciencia: Informe sobre el estado y situación del sistema educativo curso 2005/2006. Disponible en: <http://www.educacion.es/cesces/informe-2005-2006>.
- Murphy K, Barkley RA, Bush T. Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *J Nerv Ment Disease* 2002; 190: 147-157.
- Müller Smith K, Daly M, Fischer M, Yiannoutsos CT, Bauer L, Barkley R, Navia BA. Association of the dopamine beta hydroxylase gene with attention deficit hyperactivity disorder: Genetic analysis of the Milwaukee longitudinal study. *Am J Med Gen Part B: Neuropsychiatric Gen* 2008; 119B: 1-130.
- Lenard A, Adler MD, Jeffrey H, Newcorn, MD, Stephen V. Faraone, PhD. The Impact, identification, and management of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *CNS Spectr* 2007; (Suppl 23): 12.
- Lopez B, Schwartz SJ, Prado G, Huang S, Rothe EM, Wang W, Pantin H. Correlates of early Alcohol and drug use in Hispanic adolescents: examining the role of ADHD with comorbid conduct disorder, family, school and peers. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008; 37 (4): 820-832.
- López-Muñoz F, Alamo C, Quintero-Gutiérrez FJ, García-García P. A bibliometric study of internacional scientific productivity in attention-deficit hyperactivity disorder covering the period 1980-2005. *Europ Child Adolesc Psychiatry* 2008; 176 : 381-91.
- Louise C. Default. A Systematic Review of Parenting in Relation to the Development of Comorbidities and Functional Impairments in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Child Psychiatry Hum Dev* 2009; 41: 168-192.
- Polanczyz G, Silva de Lima M, Lessa Horta B, Biederman J, Rohde LA. The Worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 942-948.
- Polderman TJC, Boomsma DI, Bartels M, Verhulst FC, Huisink AC. A systematic review of prospective studies on attention problems and academic achievement. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 122: 271-284.
- Quintero Gutiérrez del Álamo FJ, Correas Lauffer J, Quintero Lumberras FJ. Déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. Barcelona, Editorial MASSON ELSELVIER (3ª Edición), 2009.
- Quintero J, Navas M, Fernández A, Ortiz T. Avances en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. ¿Qué nos aporta la neuroimagen? *Actas Españolas de Psiquiatría* 2009; 37 (6): 352-358.
- Reimherr FW, Marchant BK, Williams ED, Strong, Halls C, Soni P. Personality disorders in ADHD Part 3: Personality disorder, social adjustment, and their relation to dimensions of adult ADHD. *Ann Clin Psychiatry* 2010; 22 (2): 103-112.
- Sadock BJ, Sadock VA. Trastornos de la personalidad. Sinopsis de psiquiatría. 9ª ed. 2004. pp. 800-817.
- Sadock BJ. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. 10th edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- Sobanski E, Brüggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T, et al. Psychiatry comorbidity and ADHD. *Europ Arch Psychiatry Clin Neurosc* 2007; 257 (7): 371-377.
- Spencer T, Biederman J, Wilens TE, Faraone SV. Is ADHD in adults a valid disorder? *Harv Rev Psych* 1994; 1: 326-35.
- Wilens TE. Drug therapy for adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Drugs* 2003; 63: 2395-2411.

Internación psiquiátrica de adolescentes menores de 17 años: complejidad en la problemática y en la solución*

Andrea Abadi

*Psiquiatra Infanto-Juvenil. Magister en Psiconeurofarmacología
Subdirectora de la Carrera de especialistas en Psiquiatría infanto-juvenil (UBA)
Salud mental Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Italiano de Buenos Aires.
E-mail: andrea.abadi@hiba.org.ar*

Roberto Pallia

*Médico Pediatra. Psiquiatra Infanto Juvenil. Mgt en Psiconeurofarmacología
Profesor Asociado del Instituto Universitario Escuela de Medicina del Hospital Italiano de Bs. As. Jefe del Servicio de Salud Mental
Departamento de Pediatría, Hospital Italiano de Bs. As. Director de la Carrera de Médico Especialista en Psiquiatría Infanto Juvenil
Universidad Nacional de Buenos Aires*

María Florencia Blanco

Médica psiquiatra, Universidad de Buenos Aires. Psiquiatra de planta de Salud Mental Pediátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires

Gisela Rotbalt

Médica psiquiatra infanto-juvenil. Medica asociada del servicio de Salud Mental Pediátrica del Hospital Italiano

Juliana Nieva

Médica psiquiatra infanto-juvenil, Universidad de Buenos Aires. Médica asociada del servicio de Salud Mental Pediátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires

María Carolina Olguín

Médica Psiquiatra

Pedro Lesta

Psiquiatra infanto-juvenil. Subjefe del servicio de Salud Mental Pediátrica, Hospital Italiano de Buenos Aires

Resumen

La patología en los adolescentes suele ser una problemática que involucra tanto al adolescente como a su entorno, tanto en su génesis, como en el momento de evaluar la estrategia de resolución. Este concepto nos ha llevado a intentar evaluar cuánto del contexto familiar modifica la decisión de internar o no, un paciente en crisis. Se analizaron variables psicopatológicas y características familiares con el objeto de encontrar factores que los relacionaran.

Palabras clave: Adolescente - Familia - Internación - Características psicopatológicas.

ADOLESCENTS PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION YOUNGER THAN 17 YEARS: COMPLEXITY OF THE PROBLEMATIC AND THE RESOLUTION

Summary

Emotional pathology in adolescents is usually a problematic which involves thus adolescents and their environment, from its genesis, as in the time to evaluate resolution strategies. This concept led us to attempt to evaluate how much the family context modifies the decision to the hospitalization or not of the patient in crisis. Psychopathological variables were examined and family characteristics with the aim to find factors which associated.

Key words: Adolescent - Family - Hospitalization - Psychopathological characteristics.

* Trabajo realizado en Salud Mental Pediátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción

Nuestro trabajo como psiquiatras infanto-juveniles se desarrolla en un hospital general de comunidad en un medio urbano de clase media; predominando las consultas en el ámbito ambulatorio. El Servicio de Salud Mental Pediátrico está inserto en un hospital de alta complejidad con una población de cobertura propia entre 0 y 17 años que ronda los 20.000 niños y jóvenes; recibe, además, derivaciones de todo el país, por lo que se hizo necesario implementar recursos de guardia pasiva apoyando las guardias permanentes de Pediatría y Psiquiatría del Hospital. A partir de 2009, con la demanda creciente, tuvimos en la Sala de Internación de Psiquiatría de Adultos, un sector destinado a adolescentes de entre 13 y 17 años de edad que requerían internación psiquiátrica.

Las emergencias dentro del grupo de adolescentes tempranos suelen ser una causa importante de demanda en la guardia de psiquiatría pediátrica. Es muy habitual encontrar conductas de riesgo en la población adolescente que generan demanda de guardia pero no siempre concluyen en una internación.

En los últimos años los adolescentes han incluido en sus prácticas de autoconocimiento y búsqueda de la identidad, conductas que son vistas por el mundo adulto como riesgosas, pero para ellos forman parte de códigos habituales entre varones y mujeres (la experiencia de tomar alcohol en exceso, marcar el propio cuerpo a modo de autoinjuria, escribir en sus brazos el nombre del otro con un objeto punzante y llegar a lastimarse como acto ansiolítico ante situaciones de tensión, o como parte de rituales de pertenencia de grupos tribales urbanos).

Los cortes en las muñecas suelen ser evaluados como conductas predecesoras de potencial riesgo de autoeliminación. En la población adolescente esta práctica puede realizarse sin el correlato de estados afectivos depresivos o maníacos ni psicóticos. Quien asiste a adolescentes se pregunta cuál es el mensaje de esta conducta en los jóvenes actuales y cuándo son motivo de urgencia. Muchas veces el profesional lo descubre en la entrevista en forma accidental, y la familia suele desconocer totalmente la situación que acontece en su hijo/a.

Los trastornos mentales son altamente prevalentes en la población adolescente que comete alguna conducta de autoinjuria.

Una de las dificultades que se plantea en la clínica es la diferenciación de la conducta de autoinjuria no suicida de la ligada al acto suicida o conducta de autoeliminación.

Diferentes estudios plantean que aquellos que cometen conductas suicidas en algún momento de su adolescencia en una alto porcentaje (96,8%-91%), presentan diagnósticos psiquiátricos en el eje I (1).

Otro problema es que muchas conductas suicidas en la etapa adolescente suelen minimizarse y no son tomadas en cuenta en los diferentes ámbitos sociales y terapéuticos donde se incluyen los jóvenes. Esto suele ser un error, ya que el riesgo de suicidio consumado es muy alto en la población adolescente. Un estudio realizado en el 2007 reportó que el 15% estudiantes de la escuela secundaria en los Estados Unidos informaron "con-

siderar seriamente" el suicidio durante los últimos 12 meses, mientras que cerca de un 7% tuvo por lo menos un intento de suicidio y el 2% reportó por lo menos un intento que requirió atención médica (Centros para el Control de Enfermedades, 2008); otros estudios refieren que en la población adolescente existe una prevalencia cercana al 14% de conductas autolesivas sin intención suicida (4).

Existe menos evidencia sobre la naturaleza de las lesiones de autoinjuria sin intención suicida que sobre suicidios adolescentes. Un estudio realizado por Nock y cols. (2) reportó que el 70% de jóvenes que presentaban conductas de autoinjuria sin intención suicida, también tenían historia de autoinjurias con intencionalidad suicida, y entre estos se encontró que la variedad de maniobras autolesivas era sumamente amplia y que estos jóvenes presentaban un umbral al dolor elevado en relación a la población general.

Objetivos

El objetivo del análisis será evaluar cuáles son las características que comparten pacientes adolescentes menores de 17 años que recibieron la indicación de internación en sala de psiquiatría, en relación a sus estructuras familiares, motivos de internación, diagnósticos psiquiátricos, y abordaje farmacológico instaurado.

Analizar la incidencia de la falta de contención del contexto familiar-social más la patología de base, en el riesgo de situaciones críticas.

Hipótesis

La decisión de internar a un adolescente se relaciona más con las bajas posibilidades de contención familiar al joven que con el riesgo real de la patología de base.

Materiales y métodos

Revisamos las historias clínicas de pacientes que han sido internados entre marzo de 2009 y enero de 2011 inclusive en la sala de internación psiquiátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA), sector de adolescentes menores de 17 años a cargo del equipo de internación del Servicio de Salud Mental Pediátrica (SMP).

El Servicio de SMP cuenta con un equipo de psiquiatras y psicólogos, destinados a la atención del paciente adolescente temprano que requiere internación psiquiátrica.

Dicho proceso de internación se realiza en la sala de internación del Servicio de Psiquiatría de adultos, donde hay un cuarto especialmente acondicionado para recibir adolescentes.

En esta área de internación trabajan sincronizadamente el staff de adultos con el equipo de SMP; los primeros se encargan del cuidado las 24 hs. del paciente a través de su equipo estable de sala (psiquiatras, terapeutas y enfermeros) y SMP de lo específico del manejo del adolescente y su familia.

Los pacientes en crisis son evaluados por el equipo de SMP. Puede tratarse de pacientes nuevos o que estén en tratamiento en el servicio.

Cuando se decide la internación, se debe realizar en

compañía de un adulto responsable que acompaña al adolescente las 24 hs., recibiendo las comodidades necesarias (cama, alimentación).

Durante el periodo revisado, se registraron 20 episodios de internación en adolescentes de ambos sexos que oscilan entre 13 y 16 años de edad (En el presente trabajo nos referiremos a número de episodios(n=20) y no a número de individuos ya que una paciente presentó 3 episodios de internación distintos a lo largo del periodo que incluye esta revisión).

Vale la pena mencionar que, durante el año 2010, SMP realizó más de 34.000 prestaciones y asistió en promedio a 1.100 pacientes.

La mayor edad de internación corresponde a los 16 años; responde a una cuestión administrativa del Hospital, donde SMP cubre asistencia hasta los 16 años 11 meses de los pacientes. A partir de los 17 años son atendidos por el Servicio de Psiquiatría de adultos.

Durante el periodo de internación, los pacientes son asistidos en diagnóstico y tratamiento por el equipo de SMP e incluidos en actividades de la sala que sean acordes a la patología del joven (terapia de grupo, arte terapia, terapia ocupacional).

Realizamos un análisis retrospectivo de los pacientes que habían sido ingresados en la sala de internación psiquiátrica entre los meses de marzo de 2009 y enero de 2011 inclusive.

Tomamos datos de las fichas de epicrisis de los pacientes que fueron dados de alta en ese periodo.

En las fichas de epicrisis se consignaron datos de filiación, grupo familiar, fecha de ingreso y egreso, motivo de internación, diagnóstico psiquiátrico por DSMIV, tratamiento establecido (farmacológico y psicoterapéutico), evolución, indicaciones post alta y características socio ambientales.

Datos socio-demográficos

Se recolectaron 20 episodios de internación. Correspondió a 6 (30%) episodios masculinos y 14 (70%) episodios de mujeres.

El total de 20 episodios correspondió a una población de 18 pacientes (6 varones y 12 mujeres) ya que una joven fue internada 3 veces a lo largo del periodo estudiado (ver Tabla 1).

Tabla 1. Datos socio-demográficos.

	N	%
Cantidad de pacientes	18	
Número de episodios	20	
Mujeres	12	70%
Varones	6	30%
Media de internación	36,5 días	
Familias uniparentales	12	66,6%
Pacientes con padre ausente	10	55,5%
Pacientes con ambos padres ausentes	2	11,1%

La población se encontraba dentro de los 13 a 16 años con una media de 14,8 años.

Los pacientes permanecieron internados entre 5 y 57 días, siendo la media de 36,5 días de internación excepto una paciente internada 136 días por cuestiones judiciales.

Las condiciones familiares de los pacientes internados han sido variadas, desde familias funcionales, hasta una joven que por decisión judicial vivía en un hogar de guarda.

Llamó la atención que muchos pacientes internados compartían como característica, la inexistencia de figura paterna o si existía, no mantenía un contacto fluido con el hijo/a, llegando a constituir la figura de "padre ausente".

Las madres que estaban a cargo de la crianza "solas" en general presentaban indicadores compatibles con trastornos emocionales severos.

Los pacientes, en su mayoría (17/18), concurrían regularmente a la escuela previamente a su proceso de internación, excepto uno que padecía un trastorno de abuso de larga data y que su motivo de internación fue un trastorno de conducta severo secundario al abuso (ver Gráfico 3).

Teniendo en cuenta nuestra hipótesis, en relación a qué es más decisivo a la hora de decidir la internación, con cuál contexto familiar contamos para contener a un adolescente, analizamos las características de conformación de las familias de nuestros pacientes.

Fue muy notorio la proporción de familias uniparentales o familias donde los padres luego de la separación desaparecían de la crianza de sus hijos en el grupo de jóvenes que habían sido hospitalizados.

Un 77% del grupo convivía con su madre, un 39% convivía con ambos progenitores, y 22% vivía sin ninguno de los progenitores (vivían con tíos, abuelos, etc.); pero de aquellos que vivían solo con su madre, un 44% crecía con un padre distante en el sistema de crianza (ver Gráficos 1 y 2).

Gráfico 1. Padres convivientes.

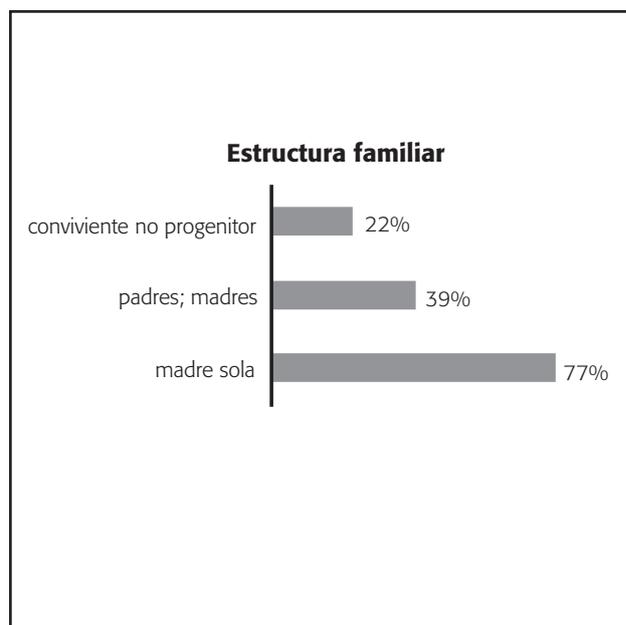


Gráfico 2. Características ampliadas de grupo conviviente.

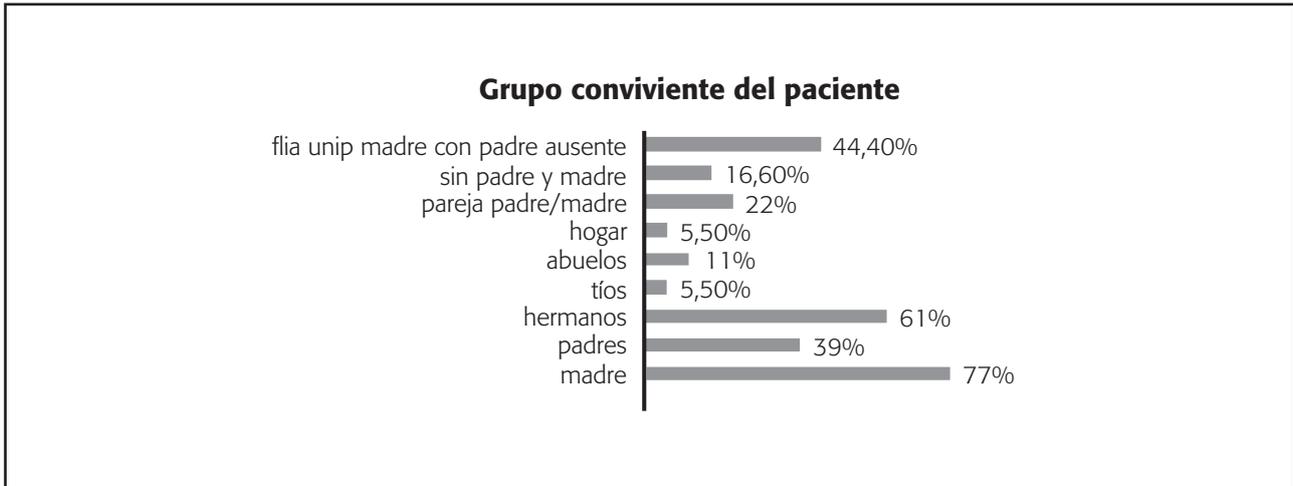
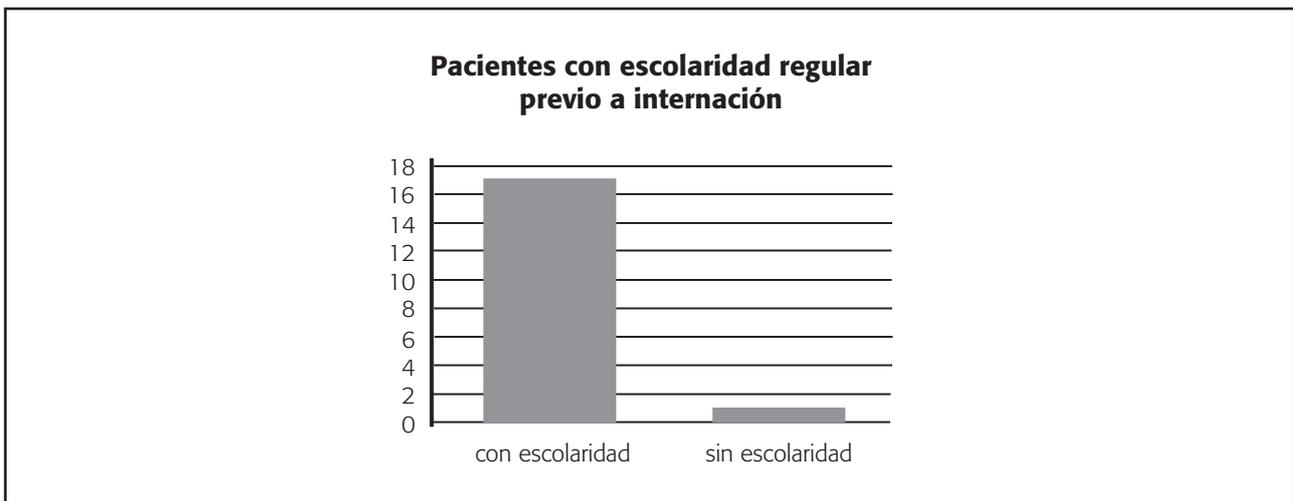


Gráfico 3. Situación escolar al momento de la internación.



Características clínicas de la población

Los motivos de internación han sido variados, presentando un alta prevalencia la conducta agresiva con riesgo para sí o terceros y/o descontrolada.

De los 20 episodios revisados en el periodo estudiado, en 16 episodios el motivo de internación fue la conducta agresiva expresada como autoagresiones, 13 realizadas por mujeres (81,25%) y 3 por varones (18,75%).

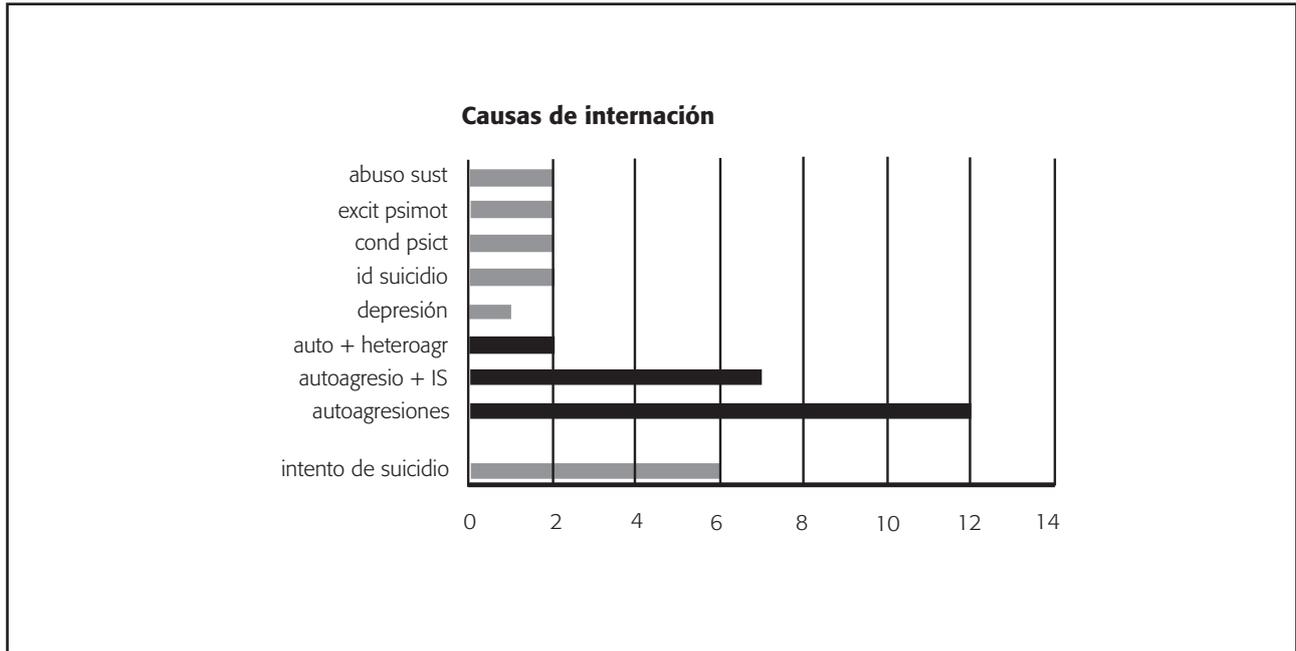
Se entiende como conducta de autoagresión: lastimarse, golpearse. En las conductas de heteroagresión se dirige la ofensa hacia cosas y/o personas; también pueden presentarse en forma conjunta. Predominaron en pacientes no psicóticos.

Estas conductas tienen motivaciones varias: ira ante frustraciones, coerción a figuras de autoridad o paren-

tales, manipulación, acting out ansiolíticos, actos compulsivos como expiación de culpas, ideación psicótica, irrupciones de humor de tinte maníaco o intentos de autoeliminación.

De los pacientes que presentaron conducta agresiva, 15 (60%) no fueron realizados con intención de suicida y 6 (33,3 %) sí fueron enmarcados dentro de un cuadro de intento de autoeliminación, ya sea por la cualidad del acto o las verbalizaciones del paciente. Los otros motivos de internación, con una prevalencia notablemente inferior han sido: ideación depresiva, 3 pacientes (16,6%); trastorno de conducta secundario a consumo de sustancias, 2 pacientes (11,1%); y conducta psicótica, 2 pacientes (11,1%) (ver Gráfico 4).

Si bien las conductas agresivas predominan claramente entre las causas de internación en nuestra población, éstas responden a muy diversos diagnós-

Gráfico 4. Causas de internación.

- IS: intento de suicidio.

ticos de base según evaluaciones clínicas realizadas por DSM-IV. En particular, predomina el diagnóstico de depresión; 12 (60%) de los 20 pacientes internados cumplieron criterios para este diagnóstico. Luego aparece en menor proporción el trastorno de personalidad borderline: 8 (40%) de un total de 20 episodios; y en un porcentaje menor los trastornos de conducta alimentaria: 4 casos (20%). En mucho menor prevalencia: trastorno obsesivo compulsivo (TOC), 2 pacientes varones (10%); trastorno psicótico, 2 adolescentes mujeres (10%); y trastorno por estrés post traumático (PTSD), 1 joven.

Un dato también relevante en la muestra que se analizó han sido las condiciones previas del paciente que había sido hospitalizado: un 50% de los jóvenes venían siendo tratados por distintos dispositivos psicoterapéuticos, y de éstos el 36% ya recibía psicofármacos previo a la situación de internación; tan solo un 14% ingreso al sistema de internación sin estar bajo alguna forma de tratamiento.

Un estudio evaluó a 476 jóvenes internados, de entre 10 y 17 años, buscando identificar las variables que se relacionan con las conductas de autoinjuria, con o sin riesgo suicida (4). Los pacientes fueron divididos en: sin antecedentes de autoinjuria, con antecedentes de autoinjuria + intención suicida (IS), autoinjuria sin riesgo suicida; intento de suicidio (IS). En esta población se excluyeron los trastornos del desarrollo. Los diagnósticos más prevalentes en eje I fueron: 64% entre trastornos del humor (depresión, bipolaridad) y

ansiedad, 15% trastornos del pensamiento (psicosis, trastornos esquizoafectivos), 12% conducta disruptiva (TDAH, ODD, etc.), 4 % PTESD y 5% otros. Estos valores coinciden bastante con los diagnósticos de nuestra muestra.

Concepto de ANGER (IRA): este término que viene siendo usado hace muchos años para describir las conductas explosivas e impulsivas y de enojo en los adultos, no es muy utilizado en población infantojuvenil, pero si uno hace un análisis de este concepto, muchos de los pacientes que hemos internado corresponden a este término.

Un estudio prospectivo de 180 adolescentes seguidos por 13,3 años demostró que la ira y la expresión de la ira en los adolescentes varones está más relacionada con los intentos de suicidio en la población masculina; sin embargo, la ira entre las mujeres se relaciona mayormente con síntomas compatibles con depresión (6).

En nuestra población, de los 16 episodios de autoagresión compatibles con ira, 13 (81,25%) son mujeres y 3 (18,75%) varones, y de ese grupo los cuadros de anger de los 3 varones fueron sin intención suicida (a la inversa del trabajo anterior), y entre las 13 mujeres, 7 (53,8%) fueron compatibles con intento de suicidio, y 6 (46,15%) sin intencionalidad, y 10 (62,75%) mujeres presentaron indicadores de depresión y 1 (6,25%) varón solamente (ver Gráficos 5 y 6).

Gráfico 5. Presencia de criterios para diagnóstico de Anger en la muestra adolescente.

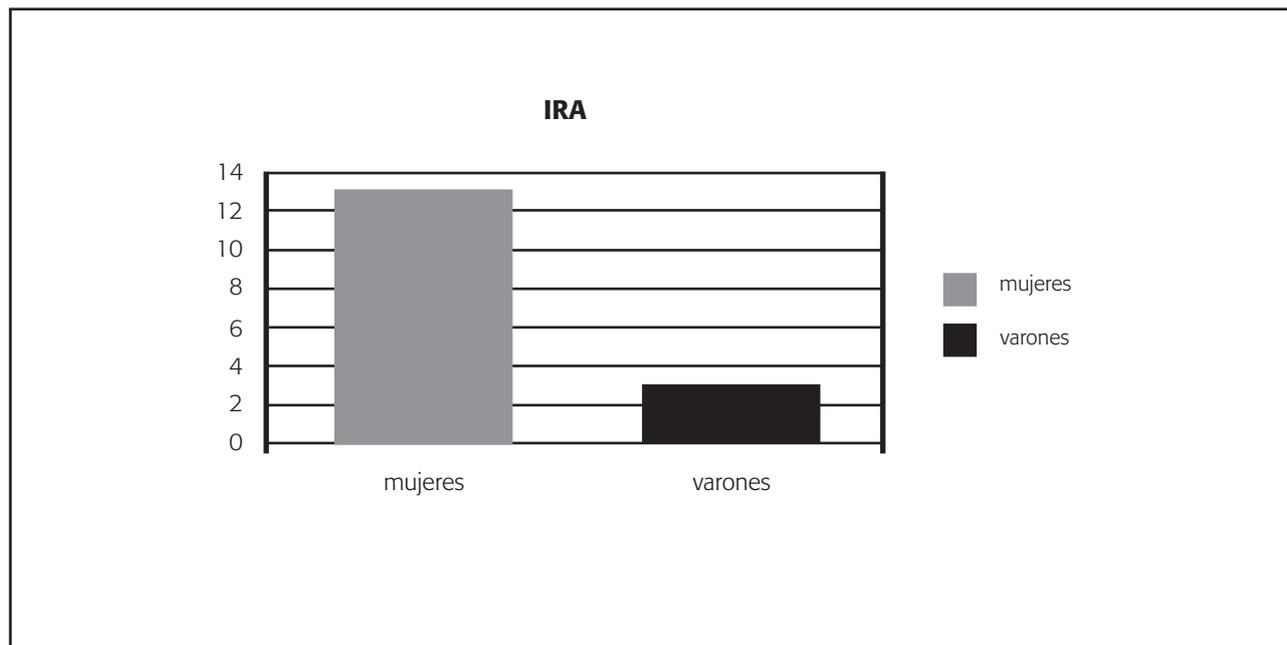
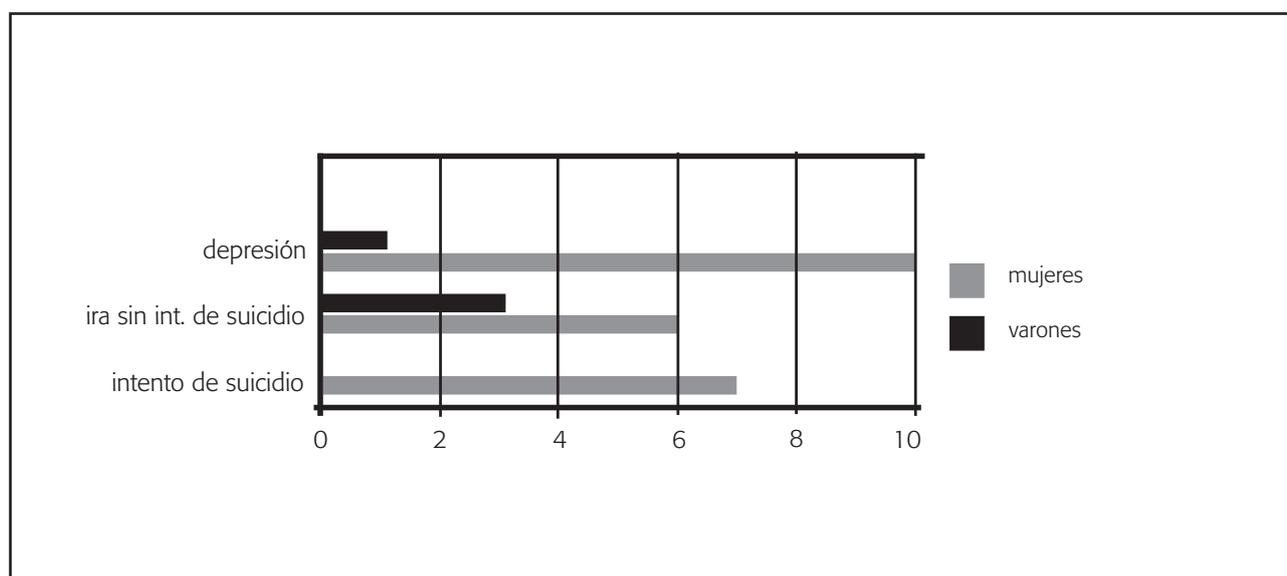


Gráfico 6. Relación de la IRA con los cuadros afectivos.



Padre ausente y diagnóstico

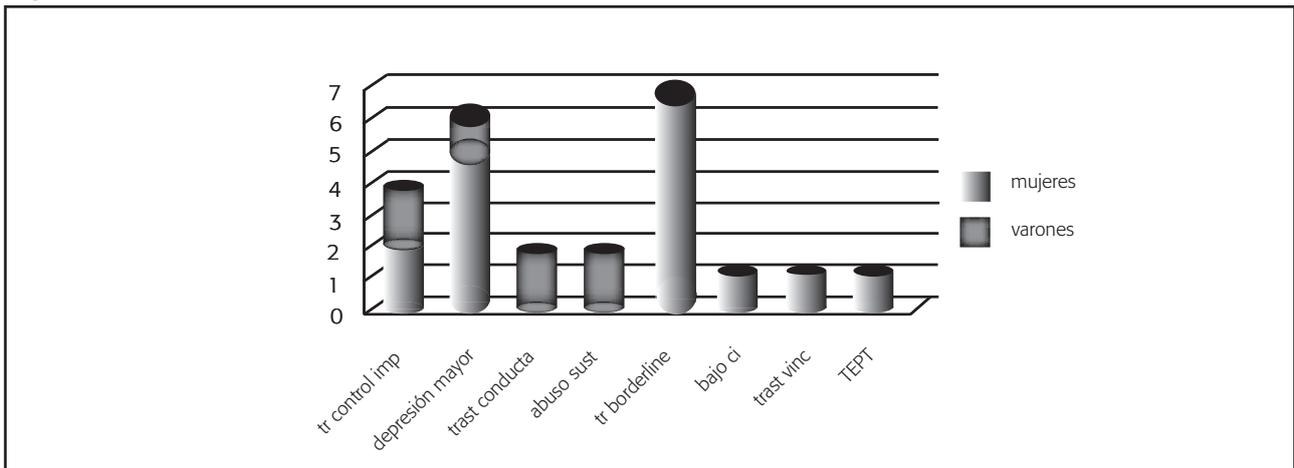
De los 18 pacientes revisados, 11 (61%) presentaban la característica de tener una figura paterna ausente. De éstos, 2 también tenían ausencia de figura materna.

Del total de 11 pacientes, 2 eran varones y 9 mujeres. Si uno observa los diagnósticos que predominan entre las mujeres que presentaban como característica “padre

ausente”, el trastorno borderline está presente en 41% de la muestra, depresión mayor 29%, trastorno del control de los impulsos en un 12%.

En relación a los varones, que en la muestra son un total de 6, pero con figura paterna ausente sólo 2, los diagnósticos que estos pacientes presentaron han sido abuso de sustancias y trastorno de conducta con descontrol impulsivo (ver Gráfico 7).

Gráfico 7. Relación entre el diagnóstico según DSM-IV y la situación vital de figura paterna y/o materna ausente según sexo.



- Ref. Trastorno control impulsos (Tr control imp); Abuso Sustancias (abuso sust); Bajo coeficiente intelectual (bajo CI); Trastorno vincular (trast vinc).

Esto nos lleva a pensar, que posiblemente la combinación padre ausente más madre sola a cargo de la crianza es un factor de vulnerabilidad para los trastornos de personalidad tipo borderline y trastornos afectivos en las hijas mujeres, pero que en los varones la falta de control paterno se relaciona con dificultades severas de conducta.

Abordajes instaurados

Los pacientes fueron internados luego de una evaluación realizada por el equipo de psiquiatría de SMP. Ingresaron al sector de internación de psiquiatría de adultos donde nuestro servicio tiene un área de internación para menores de 17 años. Por normas generales de la sala, todo paciente menor de edad, debe ser ingresado con un adulto responsable que permanece con él las 24 horas del día. Esto genera que algunas familias se sientan muy complicadas ya que no siempre cuentan apoyo familiar o un miembro que pueda llevar a cabo esta tarea. Los acompañantes pueden rotar durante el

día pero nunca puede quedar el joven solo en la sala.

En algunos casos contamos con acompañantes terapéuticos como recurso institucional, cuando por las características del vínculo del paciente con sus padres o familiares era muy complejo y entorpecía el tratamiento.

En la sala hay distintas actividades terapéuticas, en las cuales los adolescentes se incluyen según las características propias y de la dinámica que impere en el resto de los pacientes internados.

Abordajes Farmacológicos

El 100% de los pacientes que han estado internados han recibido fármacos según sus características clínico-psiquiátricas.

Del total de las indicaciones un 50% (n = 10) recibió 2 fármacos en forma conjunta, 40% (n = 8) recibió 3 ó más fármacos durante la internación, y 10% (n = 2), recibieron 1 sólo medicamento (ver Gráficos 8 y 9).

En un review publicado en 2010 sobre farmacoterapia de

Gráfico 8. Grupos farmacológicos utilizados en el esquema de internación.

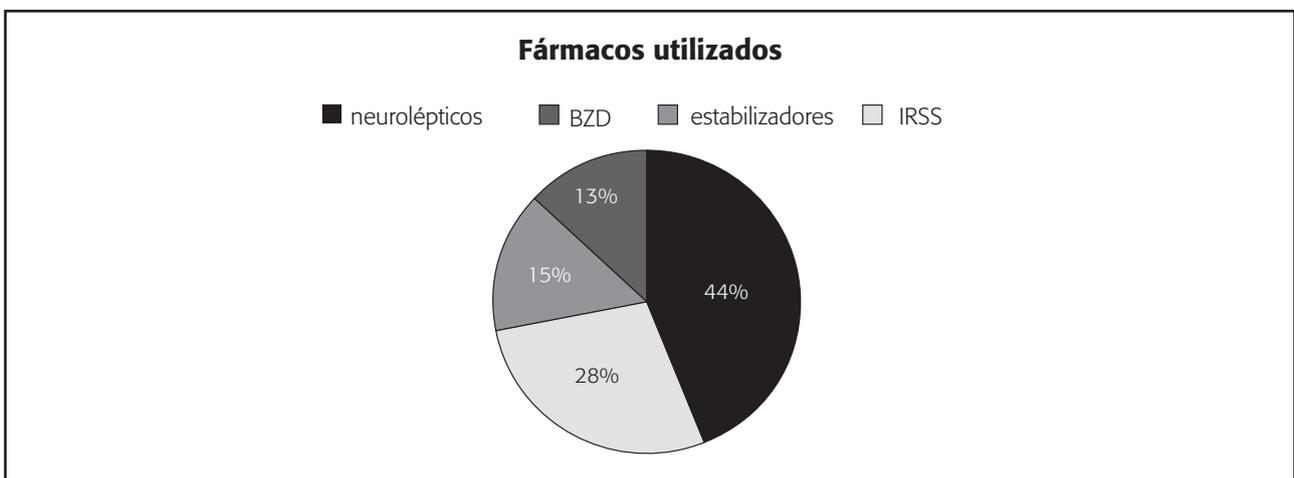
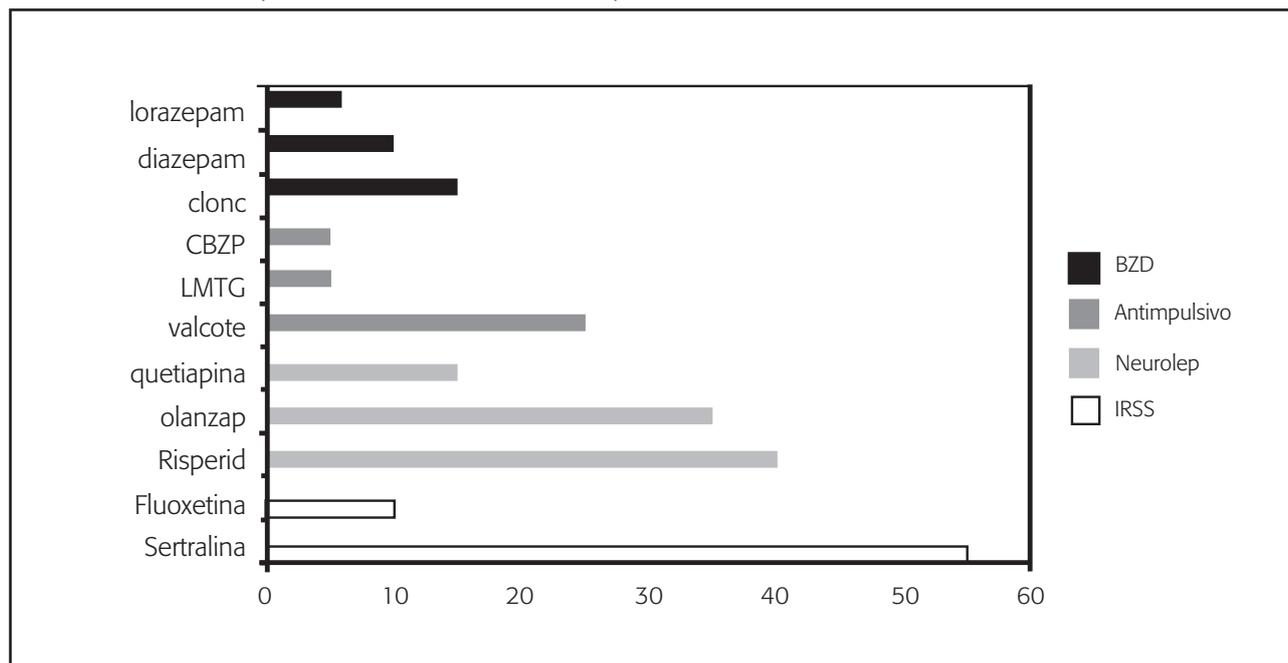


Gráfico 9. Fármacos que se utilizaron durante el tiempo de internación de los adolescentes.

Ref.: Clonacepam (Clonc), Lamotrigina (LMT), Risperidona (Risperid).

la conducta agresiva en pacientes internados (3), se incluyeron estudios que van desde enero 1980 hasta agosto de 2009 -un total de 499 estudios- los cuales debían tener una duración de por lo menos 6 semanas. De las conclusiones de este estudio se desprende que hay evidencia sobre el uso de litio oral, haloperidol, olanzapina y risperidona para el control de la conducta agresiva en adolescentes. La ziprasidona y la olanzapina IM han demostrado ser efectivas para el manejo rápido de la agresión; asimismo la difenhidramina, ya sea oral o IM también ha sido efectiva para el manejo de la conducta agresiva. Según este estudio, si bien el valproico ha sido útil en el manejo de la agresión de los pacientes ambulatorios, en población internada resulta más efectivo el uso de carbamacepina y de litio como anti-impulsivos. Si bien la olanzapina ha sido efectiva, en general, según este review, la tasa de discontinuación es alta por los efectos adversos del fármaco, lo cual según nuestra opinión lo deja para el manejo agudo del paciente agitado. Luego de haber pasado el periodo agudo, se sugiere rotar a un antipsicótico con un perfil con menos riesgo de aumento de peso ya que en población adolescente femenino es un adverso por demás complejo.

Según este estudio, la risperidona es un excelente fármaco para el manejo de la agresión en niños y adolescentes, pero en su presentación crónica más que en los episodios agudos.

La quetiapina aparece como útil para el manejo de la agresión, igual que el aripiprazol, pero aun faltarían estudios que avalen su eficacia.

En nuestra población, la risperidona resultó ser un fármaco útil en la internación, en general asociada a otros sedativos, tales como benzodiazepinas o levo-

mepromacina por el período de mayor agitación del paciente. Obviamente que esto en referencia a la conducta agresiva y descontrolada, ya que luego la decisión farmacológica se definió por el diagnóstico de base del paciente.

En los últimos años volvió a considerarse que los inhibidores de receptación de serotonina (IRSS) son una opción segura para la población infanto-juvenil con depresión mayor, o trastornos de ansiedad; de hecho, luego de años donde hubo opiniones encontradas, se ha demostrado que desde el advenimiento de los IRSS las tasas de suicidio en adolescentes y niños han decaído y por el contrario durante el periodo en que entraron en discusión, y se comenzó a disminuir la indicación, las tasas de suicidio tendieron a aumentar. Es por esto que luego del análisis concienzudo de las cifras, nuevamente se postula que los fármacos de primera elección frente a la depresión mayor son los IRSS, en especial la fluoxetina, que tiene aprobación de la FDA para depresión mayor en niños de 8-18 años, y si bien la sertralina no está aprobada para depresión mayor aún, tiene aprobación de la FDA para el TOC desde los 6 años de edad, se utiliza off label para depresión mayor.

Un último review sobre el uso de IRSS en pacientes adolescentes, luego de revisar 17 estudios a doble ciego contra placebo (5), concluye que existe extensa evidencia para avalar el uso de IRSS en población adolescente; en primer lugar la más usada es la fluoxetina, y luego la sigue la sertralina, citalopram y otros. En nuestra población la sertralina fue la más utilizada en los pacientes habiendo encontrada buena tolerancia y respuesta.

Conclusiones

En nuestra población predominaron las internaciones por situaciones autoagresivas o heteroagresivas no relacionadas a trastornos psicóticos.

En relación a los abordajes farmacológicos, la mayoría de los pacientes requirió de uso de más de un fármaco para el control de la conducta en el ámbito hospitalario. Como en otras series de pacientes, los fármacos más utilizados para el control de la conducta en pacientes no psicóticos, son los neurolépticos y en segunda instancia los IRSS, lo que nos lleva a replantear cuántos de estos jóvenes, al responder adecuadamente a estos fármacos, son en realidad pacientes con sustratos afectivos y trastornos de conducta secundarios. Las benzodiacepinas, coincidiendo también con otras investigaciones, son utilizadas en una baja proporción en relación a otros grupos farmacológicos.

En esta población adolescente temprana tuvimos alta incidencia de familias monoparentales y ausencia de figura paterna. La mayoría de los pacientes que han sido internados estaban concurriendo a escuela en forma habitual antes de la internación; esto pensamos que se debe al tipo de pacientes que internamos que no son en general patología sociales o externa-

lizadoras, sino más bien la expresión conductual de patología de índole internalizada.

Pero de alguna manera nuestra hipótesis de inicio se corrobora al analizar las estructuras familiares de los jóvenes que han sido internados; si bien el 77% convivía con su madre, sólo el 39% convivía con ambos padres, y el porcentaje de figuras paternas que no cumplían un rol presente en la crianza de adolescentes fue elevado (44%).

Si bien esta es tan solo una variable evidente en el contexto de los pacientes, es importante destacar que aún muchas otras variables no fueron tenidas en cuenta en este análisis (antecedentes psiquiátricos familiares, existencia de patología en el progenitor que ejerce la crianza, y factores protectores del contexto). Seguramente esto será un motivo interesante para próximas investigaciones.

Agradecimientos: Agradecemos a los colegas Dr. Finkelstein, Dr. Matusevich, Dra. Girard y Dr. Ruiz, quienes nos permiten trabajar dentro del contexto de internación, sosteniendo nuestras intervenciones y permitiéndonos un fluido intercambio de ideas, que ha hecho posible este trabajo ■

Referencias bibliográficas

1. Olfson M, Gameroff MJ, Marcus SC, Greenberg T, Shaffer D. Emergency Treatment of Young People. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 112-128.
2. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior in adolescents. *J Consult Clin Psychology* 2004; 72: 885-890.
3. Deshmukh P, Kulkarni G, Barzman D. Recommendations for Pharmacological Management of Inpatient Aggression in Children and Adolescents. *Psychiatry (Edgemont)* 2010; 7 (2): 32-40.
4. Boxer P. Variations in Risk and Treatment Factors Among Adolescents Engaging in Different Types of Deliberate Self-Harm in an Inpatient Sample. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2010; 39 (4): 470-480.
5. Ronsley R, Elbe D, Smith DH, Garland EJ. Hospital and Community SSRI Usage Patterns in Children and Adolescents Match the Evidence? *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 19: 3.
6. Daniel SS, Goldston DB, Erkanli A, Franklin JC, Mayfield AM. Trait Anger, Anger Expression, and Suicide Attempts among Adolescents and Young Adults: A Prospective Study. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2009; 38 (5): 661-671.

CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA CON ORIENTACIÓN EN NEUROCIENCIAS

Certificado por la Facultad de Medicina - UBA
Beca rentada de 1 año



- 24 hs. de práctica asistencial en la unidad de Internación Psiquiátrica
- 6 hs. clases teóricas semanales
- Rotaciones por Hospital de Día, Áreas de Neurología y Áreas Diagnósticas: Imágenes, Neurofisiología, Evaluaciones neuroconductuales y cognitivas



REQUISITOS

- Residencia o Carrera completa de Especialista en Psiquiatría
- Menores de 35 años



FECHA LÍMITE DE INSCRIPCIÓN

- 27 de junio 18 hs

INFORMES E INSCRIPCIÓN

Por mail a posgradoneurociencias@fundacionineba.org
o al teléfono (011) 4867-7759 de lunes a jueves de 18:30
a 20:30 hs.



FUNDACIÓN
ineba
Instituto de Neurociencias Buenos Aires

Funciones Neurocognitivas y Psicopatología Infanto-Juvenil

Rodrigo Chamorro Oschilewsky

*Neurólogo Infanto-Juvenil. Director del Instituto de Neurodesarrollo
Coordinador del Programa Prioritario de Salud Infanto-Juvenil para América Latina APAL (Asociación de Psiquiatría de América Latina)
Instituto Internacional de Desarrollo Cognitivo. Universidad Central de Chile
E-mail: rchamorro@sonepsyn*

Introducción

El estudio de la función ejecutiva se asienta en las áreas frontales, específicamente en sus regiones más anteriores y en sus conexiones recíprocas con otras zonas de la corteza cerebral y estructuras subcorticales como los núcleos de la base, el diencéfalo, el núcleo amigdalino y el cerebelo.

La alta complejidad de las funciones que se asientan en las áreas prefrontales se hace evidente en conexiones recíprocas con distintas áreas responsables de múltiples funciones como con el sistema reticular activador en el mantenimiento de la atención; con áreas de asociación posterior, vinculadas al reconocimiento; con el sistema límbico, y el rol que juegan las emociones y la motivación en toda acción humana, y con asociaciones intra

frontales, a cargo del sistema de control sobre las respuestas comportamentales (1, 2, 5, 12).

Recientes investigaciones han evidenciado que gran parte de los trastornos clínicos marcados por déficit ejecutivo tienen una alta heredabilidad y que prácticamente toda variación individual en las mediciones cuantitativas está fuertemente impulsada por las diferencias genéticas a nivel molecular (3, 19, 20, 26, 32).

Los síntomas relacionados con síndromes prefrontales pueden ser alteraciones en la autorregulación, dificultades para mantener la atención sostenida, distintas perseveraciones tanto motoras como cognitivas emocionales, dificultades en la organización cognitiva y del comportamiento y rigidez cognitiva y comportamental.

Resumen

Los procesos de control ejecutivo, como la atención sostenida, la inhibición de la respuesta y la memoria de trabajo, nos permiten guiar la conducta de manera adecuada, flexible y adaptable. Las consecuencias de la disfunción ejecutiva para los seres humanos pueden ser dramáticas, como lo demuestra la amplia gama de los trastornos neurológicos y neuropsiquiátricos en la que dichos déficits afectan negativamente a los resultados y la calidad de vida, afectando altos procesamientos que se relacionan con las áreas prefrontales y sus conexiones, entre ellos, la función cognitiva.

La presente revisión pretende actualizar y señalar la importancia de evaluar con baterías neuropsicológicas y funcionales las alteraciones neurocognitivas que se dan en el curso de distintos trastornos neuropsiquiátricos en el niño y adolescente.

Palabras clave: Disfunción neurocognitiva - Desorden neuropsicológico - Función ejecutiva.

NEUROCOGNITIVE FUNCTION IN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOPATHOLOGY

Summary

Executive control processes, such as sustained attention, response inhibition and working memory allows us to guide behavior appropriately, flexible and adaptable. The consequences of executive dysfunction in humans can be dramatic, as evidenced by the wide range of neurological and neuropsychiatric disorders in which such deficits impact negatively on the performance and quality of life, affecting high prosecutions relating to the prefrontal areas and their connections, including cognitive function. This review is to update and highlight the importance of assess neuropsychological and neurocognitive functional changes that occur in the course of various neuropsychiatric disorders in children and adolescents

Key words: Neurocognitive dysfunction - Neuropsychological disorders - Executive function.

Estos se evidencian, en distintas asociaciones y grados de disfunción, en la fenomenología de prácticamente toda la psicopatología infanto-juvenil. De allí la importancia de su reconocimiento y abordaje terapéutico temprano (5, 9, 12).

Uno de los trastornos del neurodesarrollo más comunes es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y sus comorbilidades. Las modernas aproximaciones neurocognitivas al TDAH, de forma prácticamente unánime, hacen referencia a las disfunciones ejecutivas derivadas de la actividad del córtex prefrontal y estructuras vinculadas al mismo. Las funciones atribuidas a los circuitos frontoestriados permiten entender tanto los déficits cognitivos del TDAH como la de los procesos comórbidos (7, 11, 17, 21). Contemplando de forma global las diversas funciones atribuidas al lóbulo frontal podemos entender interpretaciones para diversos síntomas no solo del TDAH, sino de otros trastornos del desarrollo también vinculados a estas regiones.

Aproximándonos algo más a los mecanismos cognitivos involucrados en el TDAH, debemos considerar a la teoría propuesta por R. Barkley, la que marca nuevos paradigmas en investigaciones para entender el TDAH, sin dejar de reconocer la existencia de propuestas alternativas, aunque no necesariamente contradictorias (5, 28, 32).

Barkley y cols. plantean que la base del TDAH se determina por la conjunción interdependiente de diversas disfunciones ejecutivas cuyo resultado explicaría los síntomas del trastorno. El hecho de que tales funciones no sean en modo alguna específicas para el TDAH contribuye a explicar muchos aspectos sobre la comorbilidad. Sin embargo, debe admitirse un cierto grado de especificidad en la forma de combinarse tales disfunciones (4, 5, 18, 21).

El núcleo disfuncional postulado por Barkley se ubica en el déficit de inhibición de respuestas. Ello implica tres procesos conductuales interrelacionados: la inhibición de la respuesta prepotente inicial ante un acontecimiento; detener una respuesta ya iniciada o un patrón de respuesta habitual con el fin de demorar la decisión o mantener la respuesta; y proteger este periodo de demora y las respuestas autodirigidas que se generan de otras respuestas o eventos competitivos a cargo del control de la interferencia.

Sin este control de las respuestas, posiblemente no se podrían desarrollar otras funciones ejecutivas, que se verían bloqueadas por una gran falta de control sobre la inhibición de la conducta cuando esta no es adecuada (5, 28, 29).

La memoria de trabajo (MT), es una ampliación de la memoria inmediata, definida como la información retenida durante un espacio breve de tiempo. En términos informáticos se podría definir como la información "on line". La memoria de trabajo corresponde a la información "on line", más las operaciones mentales basadas en dicha información. No cabe duda sobre el uso constante de la memoria de trabajo en cualquier situación que se quiera realizar una acción orientada a un fin. Es por ello, que actualmente existe una fuerte tendencia a otorgar a la memo-

ria de trabajo un papel central en las funciones ejecutivas (4, 19, 25, 29).

Baddeley, Hitch y cols. (2) fueron los primeros que demostraron las relaciones entre la memoria de trabajo y razonamiento. A la base de este modelo se postula que la memoria de trabajo se sustenta en la representación mental (on line) de lenguaje (bucle fonológico) e imágenes visuales (cuaderno visual). El bucle fonológico se compone de la reserva fonológica, basada en códigos fonológicos y la representación articulatoria de las palabras, generando un lenguaje verbal interior; y el cuaderno visual se sirve de las imágenes mentales que de acuerdo con las necesidades son llevadas a la mente consciente y se mantienen "on line", combinadas con el lenguaje interno, para organizar y planificar las acciones.

El TDAH ha concentrado gran número de estudios neuropsicológicos que avalan la postulación de esta disfunción ejecutiva; sin embargo, no podemos olvidar que algunos niños rotulados en sala de clases como portadores de un TDAH, presentan disfunciones con relación a situaciones propiamente pedagógicas; por no tener competencias antes de ingresar a la escolaridad con funciones básicas logradas para el desarrollo de este proceso lo que habitualmente no se ha obtenido por múltiples variables entre ellas culturales y socio ambientales; o con relación a no tener una estructura emocional sostenida y apoyada, dado que la mayoría de las evaluaciones tienden a medir logros en contenidos y no se evalúan los procesos o no se considera en sala variables como tolerancia a la frustración o motivación.

Muchos estudios han evaluado con distintos instrumentos estas disfunciones en el TDAH. Recientemente se planteó un diseño empírico, cuya muestra está formada por 87 niños y niñas, escolarizados desde 3° hasta 6° de primaria; los procesos cognitivos fueron evaluados por pruebas como el *Trail Making Test* (TMT), incluyendo prueba de fluidez verbal; test de Colores y Palabras de *Stroop*; test de Emparejamiento de Figuras Conocidas (*Matching Familiar Figures*, MFF-20); subtest de Laberintos del WISC-R; test de Copia y de Reproducción de memoria de figuras geométricas complejas y escala de evaluación de funciones ejecutivas BRIEF (*Behavior Rating Inventory of Executive Functions*). Los resultados de este estudio sugieren que los subtipos combinado e inatento del TDAH presentan perfiles cognitivos similares y que son los síntomas de inatención y no los de hiperactividad-impulsividad los que predicen el rendimiento en las variables cognitivas analizadas y con respecto a las variables ecológicas sobre funcionamiento ejecutivo; los síntomas de inatención aparecen de forma completa o parcial (junto con los síntomas de hiperactividad-impulsividad) tanto en la predicción del Índice de Metacognición como en la del Índice de Regulación Comportamental (35).

Otro estudio reciente analizó una muestra de 128 adolescentes con diagnóstico de TDAH. Se utilizaron análisis metodológicos clínico-psicopatológicos, psicométrías y estudios neurofisiológicos. La importancia de los trastornos cognitivos, junto con la disfunción neurofisiológica, en la patogénesis de TDAH fue evidenciado

tanto cuantitativamente en el déficit de productividad, como cualitativamente a través de disfunción atencional, pero muestran evolutividad a la vida adulta con persistencia de disfunciones ejecutivas (36). Claramente muchos de estos estudios no son comparativos, dada la diversidad de población estudiada e instrumentos aplicados, pero todos convergen en el rol importante de las disfunciones ejecutivas, en las alteraciones cognitivas para este trastorno.

La disfunción ejecutiva que de suyo se evidencia en otros trastornos neuropsiquiátricos y en la comorbilidad del TDAH, por cierto también deben ser objeto de investigación en los reportes de estos trastornos.

Por cierto, también los trastornos afectivos comprometen las funciones cognitivas, particularmente la atención sostenida, la memoria de largo plazo, el procesamiento verbal de la información y el análisis de detalles. Esto necesariamente conlleva a un deterioro en el desarrollo del pensamiento. Éste se hace más lento y torpe en detrimento de la iniciativa y la capacidad adaptativa a actividades cotidianas (6, 15, 22, 24).

La evolutividad del compromiso cognitivo y su posibilidad de evidenciarse como un proceso secuencial en periodo de recuperación del trastorno, dependerá de la edad de inicio del trastorno afectivo y de la cronicidad y severidad de éste (22, 37).

Los pacientes que cursan un episodio por primera vez en edades más jóvenes tienden a resolver los déficits cognitivos en conjunto con la recuperación de los otros síntomas depresivos. Cuando los episodios depresivos son más recurrentes y severos o se asocian a patología crónica médica, o cuando éstos se presentan en edades avanzadas, por el contrario, hay mayor riesgo de cronicidad del déficit cognitivo (14, 16).

Los estudios neuropsicológicos realizados en pacientes con episodio depresivo mayor evidencian alteraciones cognitivas significativas, tanto en memoria explícita, en atención y problemas en la organización cognitiva y rigidez del comportamiento y la cognición. Por otro lado, los déficits hipocampales en memoria declarativa y episódica se hacen evidentes en estos pacientes (9, 10, 16).

Las alteraciones a nivel de los circuitos de memoria afectan tanto la memoria episódica como en la memoria semántica, lo que involucra compromiso de otras estructuras a nivel del lóbulo temporal inferolateral, involucrado en la función ejecutiva de esta última. Se ha reportado un menor volumen hipocampal en un estudio realizado a mujeres con depresión mayor en fase de remisión, comprometiendo la memoria episódica verbal reciente (10, 30, 32).

Es necesario recordar lo que la investigación sobre plasticidad neuronal ha reportado en los actuales estudios en neurociencias con relación a podas dendríticas de células hipocampales de la zona subgranular hipocampal asociado a la caída de niveles de serotonina.

La evidencia de déficits cognitivos se ha demostrado con la aplicación de baterías como el test de clasificación de tarjetas de Wisconsin (WCST), test de fluidez verbal, la Torre de Hanoi y la Torre de Londres; el *Trail Making Test*, para evaluar flexibilidad y autorregulación ejecuti-

va; el test de *Stroop*; *Iowa Gambling Task* y estudios de neuroimágenes funcional como el PET o el SPECT aplicado la batería de Wisconsin.

La identificación de endofenotipos neurocognitivos no sólo ayuda a facilitar la identificación de genes que predisponen a la aparición del trastorno, también ayudan a una mejor definición de los criterios diagnósticos. En este sentido, se han señalado a las alteraciones en los dominios de atención selectiva, memoria verbal y funciones ejecutivas, como marcadores endofenotípicos más representativos del Trastorno Bipolar (TB). Los estudios de los procesos de memoria en el TB se han orientado hacia la memoria declarativa mediante instrumentos que implican el aprendizaje de listas de historias o palabras, que luego son recordadas de manera libre o con claves semánticas y fonológicas, tanto a corto como a largo plazo (14, 22, 34). La evaluación de estas pruebas distingue entre las tareas de recuerdo libre y el reconocimiento de material, con la finalidad de analizar la cantidad de estímulos recuperados así como el tipo de estrategias que se utilizan para recuperar la información (4). Bearden y su grupo (6) muestran que los pacientes eutímicos tienen dificultades en el aprendizaje de palabras y recuperan pocos estímulos, tanto a corto como a largo plazo, pero no tienen dificultades para retener las palabras una vez aprendidas. Estas deficiencias se observan con mayor efecto en las tareas de recuerdo libre y reconocimiento, pero no se observan en aquellas donde se utilizan estrategias; es decir, los pacientes son capaces de realizar un procesamiento organizacional al utilizar estrategias semánticas para el aprendizaje y recuperación de la información. Es interesante analizar con relación a lo que se refiere a la presencia de intrusiones durante la recuperación de la información, lo cual evidencia una deficiencia en el monitoreo que depende del funcionamiento de la corteza prefrontal (15, 39). En el TB los déficits de memoria se relacionan más con una pobre codificación que con un olvido rápido (10).

Con relación a las funciones ejecutivas, éstas durante la fase depresiva se caracterizan por un pobre desempeño en tareas de toma de decisiones y formación de conceptos (16) y frente ante tareas de fluidez verbal, muestran deficiencias selectivas al verse afectadas las categorías semánticas, manteniendo las competencias fonémicas, exceptuando la conciencia fonológica.

Durante la fase de manía/hipomanía se presentan alteraciones en tareas de formación de conceptos, en el cambio del set atencional y, de manera particular, se observan deficiencias en el sistema de control de impulsos conocido como autorregulación (16, 22).

Los pacientes en fase de eutimia no exhiben grandes diferencias en comparación con los controles sanos; sin embargo, cualitativamente se observa una leve tendencia para resolver pobremente tareas de fluidez verbal semántica y enlentecimiento en la velocidad de procesamiento. Lo anterior señala que a pesar de que los pacientes eutímicos pueden lograr un nivel de ejecución similar al de las personas sanas en tareas de resolución de problemas complejos, planeación, cambio del set atencional, automonitoreo y fluidez verbal, la calidad de su

ejecución podría verse afectada debido a que cometen mayor cantidad de errores en la fluidez verbal y porque requieren más tiempo del estandarizado para completar las tareas (30). Al describir la naturaleza de las deficiencias atencionales en los pacientes bipolares, se observa que durante la fase depresiva existe menor sensibilidad para detectar el estímulo y por ende mayor porcentaje en errores por omisión; en tanto que durante la fase de manía/hipomanía se presentan errores de comisión o falsas respuestas, perseveraciones y menor detección del estímulo; además, se encuentran afectados los tres componentes de la atención sostenida que incluyen la inatención, la impulsividad y la vigilancia.

Diversos estudios de neuroimagen funcional, en los cuales se mide la actividad metabólica cerebral durante la resolución de paradigmas cognitivos, confirman lo anteriormente mencionado. En estudios con la Tomografía por Emisión de Fotón Único (SPECT) ha sido posible determinar que durante la fase de manía existen cambios en el cíngulo anterior y en la vía órbita-frontal izquierda, lo que es compatible con los modelos de procesamiento de información emocional. Con la Resonancia Magnética Funcional (RMf), los pacientes en fase depresiva exhiben reducción en el metabolismo prefrontal y en el de la corteza paralímbica anterior, así como incremento en el metabolismo del estriado ventral, el tálamo y la amígdala derecha. En tanto que los pacientes en fase de eutimia presentan incremento de metabolismo en el cerebelo, el giro lingular y la cuneia; por lo que se ha propuesto un "síndrome afectivo-cognitivo-cerebelar", en el que existe una alteración en la regulación del afecto entre el cerebelo y los circuitos témporo-límbicos (10, 15, 17, 31).

Quizás sea importante detenernos aquí, en una pequeña reflexión. El hombre por su propia naturaleza y su interacción entre lo genómico, epigenético y ambiental, es por cierto un sujeto que normalmente presenta pequeñas fluctuaciones emocionales, en lo cotidiano. Es frecuente que durante el día, nuestro humor fluctúe, sin que esto constituya una alteración patológica del humor.

Del mismo modo, el hombre por lo que conocemos, que por cierto es poco, es el único sujeto que sabe que sabe y ésta es una condición no menor.

La conciencia, el saber que sabemos genera desde el comienzo los fenómenos de ansiedad, que es la emoción más cercana al ser humano, por su condición de ser un animal que conoce. Así surge la angustia existencial, que se va a expresar significativamente en las etapas de preadolescencia y adolescencia. Por otro lado, no es posible entender la supervivencia ontogénicamente, si el miedo no tuviese un carácter protector, como variable propia de la especie.

Sin embargo, a la base de la génesis de trastornos de ansiedad como entidad patológica, debemos recordar que existen coadyudantes en la génesis de la ansiedad patológica, descritos magistralmente por Becker, como: la sobreprotección parental durante la crianza; un entorno familiar conflictivo, disfuncional o con expresión emocional elevada; experiencias ansiogénicas traumáticas o que sin ser tan intensas, actúan durante tiempo

prolongado; exposición a psicopatología parental, particularmente trastornos de ansiedad; enfermedades o defectos físicos que ocasionan sentimientos de insuficiencia o de incapacidad para afrontar la vida y sus retos; la hipercrítica materna y los contextos sociales desfavorables (8, 12).

Hoy, el acceso de nuevas tecnologías y la necesidad que tiene el adolescente de tener una individualidad, ha llevado a una sobreexposición que se hace a partir de páginas de Internet. ¿Cuánto nos sobreexponemos a *Bullying* y cuáles son los espacios en los cuales estos interfieren, para que podamos desencadenar ansiedad patológica, cuando la genética lo permita con un locus mínimo vulnerable?

Sin embargo, nuestro organismo procesa incluso celularmente equilibrios neuroquímicos y funcionales que protegen a partir de realizar procesos de construcción y reproducción celular y defenderse de agentes internos y externos a partir de la autopoiesis, descrita por Maturana.

Bruce McEwen es quien introdujo el término "alostasis" para complementar nuestro uso de la palabra estrés. Quiere reflejar con este término lo que puede ser considerado como la manera eficaz que tiene el cuerpo de tratar las circunstancias medioambientales o los estímulos que nos tocan vivir cotidianamente.

Sin embargo, esta alostasis, que produce un rápido equilibrio a partir de organizaciones con los circuitos nerviosos, con el sistema nervioso autónomo o con el sistema neuroendocrino e inmunológico, puede llegar a producir un alto costo final para nuestra biología.

El estrés agudo o sostenido compromete la excitabilidad neuronal, que es un proceso reversible, pero puede causar atrofia en neuronas hipocampales asociado a inhibición de la génesis de las células desde el gyrus dentado, lo que altera fuertemente la neuroplasticidad (13, 27, 38).

Gould y cols. han estudiado la neurogénesis en el gyrus dentado y la proliferación de células granulosas en la zona subgranular y han visto que las variables que regulan la proliferación celular y la neurogénesis en el hipocampo son: edad; género; hormonas; ambiente; ejercitación y aprendizaje. Desde las investigaciones de Gould hasta hoy, sabemos que si hay una sobreliberación de cortisol, el mismo va a ir a ocupar el receptor específico del glutamato NMDA y esto implica la capacidad de bloqueo de la plasticidad cerebral.

El estrés disminuye la neurogénesis de las neuronas granulares del gyrus dentado en animales adultos al igual que en la exposición a niveles elevados de glucocorticoides. El estrés agudo y crónico disminuye la proliferación neuronal y la neurogénesis; mientras que el estrés agudo afecta más a la proliferación y el estrés crónico afecta más a la neurogénesis y a la supervivencia celular y los efectos acumulativos del estrés afectarían la remodelación dendrítica, estudios han evidenciado que niños que presentan un trastorno de ansiedad, ponen al servicio las funciones cognitivas, al servicio de un manejo negativo de la información, formándose un universo personal y general negativo. Esto se evidencia a partir de evaluacio-

nes comparativas con niños sin este trastorno, siendo los primeros afectados a nivel de la memoria y el aprendizaje, presentando más perseveraciones en las respuestas y errores en estas (12, 23, 27, 33).

Sin duda el análisis de alteraciones cognitivas en Trastornos de Personalidad, Guilles de la Tourette, Epilepsia, etc., evidenciarán caracteres particulares, pero conductores a la presencia permanente de trastornos cognitivos y disfunción ejecutiva, en toda la psicopatología Infanto-Juvenil (3, 5, 9, 20, 24, 34).

Desde esta afirmación, es necesario que las investiga-

ciones de poblaciones infanto-juveniles incorporen criterios neuropsicológicos en sus trabajos. Particularmente necesarios, cuando estos tengan injerencia en políticas públicas de Salud Mental Infanto Juvenil, pues estas variables no sólo deben ser manejadas por un equipo de clínicos, sino también de educadores, para determinar Necesidades Educativas Especiales (NEE) en el manejo de estos niños en aula escolar, y en los sistemas tanto familiares como sociales a los cuales el niño pertenece para modular eficientemente y de un modo multidisciplinario la evolutividad de estas disfunciones (11, 12, 13) ■

Referencias bibliográficas

- Allen R, Baddeley A, Hitch G. Is the Binding of Visual Features in Working Memory Resource-Demanding? *J Exp Psychol* 2006; 135 (2): 298-313.
- Baddeley A, Hitch G. Working Memory. En: Bower GH (ed.). *The Psychology of Learning and Motivation. Advances in Research and Theory. Volume 8.* New York Academic Press; 1974. p. 47-89.
- Barnes JJ, Dean AJ, Nandam LS, O'Connell RG. The Molecular Genetics of Executive Function: Role of Monoamine System Genes. *Biol Psychiatry* 2011 Mar.
- Barkley RA, Edwards G, Laneri M, Fletcher K, Metevia L. Executive functioning, temporal discounting, and sense of time in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder. *J Abnorm Child Psychol* 2001; 29: 541-556.
- Barkley RA. Executive functioning and self-regulation: Integration, Extended Phenotype, and Clinical Implications. New York, Guilford Press, 2011.
- Bearden C, Glahn D, Monkul S, et al. Sources of declarative memory impairment in bipolar disorder: mnemonic processes and clinical features. *J Psychiatric Res* 2006; 40: 47-58.
- Bellgrove MA, Mattingley JB. Molecular genetics of attention. *Ann N Y Acad Sci* 2008; 1129: 200-12.
- Van den Bergh BRH, Van Calster B, Smits T, Van Huffel S, Lagae L. Antenatal maternal anxiety is related to HPA-axis dysregulation and self-reported depressive symptoms in adolescence: a prospective study on the fetal origins of depressed mood. *Neuropsychopharmacology* 2008; 33: 536-545.
- Byrne JH, Bailey CH, Barco A, Hawkins RD, Kandel ER. Molecular studies of learning and memory in *Aplysia* and the hippocampus: a comparative analysis of implicit and explicit memory storage. En: Byrne JH (ed.). *Learning and memory: a comprehensive reference.* Oxford: Elsevier; 2008. p 11-29.
- Campbell S, Marriott M, Nahmias C, MacQueen GM. Lower hippocampal volume in patients suffering from depression: A meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2004; 161 (4): 598-607.
- Casey RJ. Emotional competence in children with externalizing and internalizing disorders. En: Lewis M & Sullivan MW (eds.). *Emotional development in atypical children.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1996. p. 161-183.
- Chamorro Oschilewsky R. Inteligencia, diversidad cognitiva-emocional. Terremotos y soñadores. *TDAAH Journal* 2007; 12 (5): 9-12.
- Oschilewsky RC, Gómez CM, Belfort E. Child psychiatry and mental health in Latin America. *Int Rev Psychiatry* 2010; 22 (4): 355-62.
- Ferrier I, Stanton B, Kelly T, et al. Neuropsychological function in euthymic patients with bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 246-251.
- Fossati P, Deweer B, Raoux N, et al. Les troubles de la récupération mnésique; un argument en faveur d'un dysfonctionnement des structures sous-cortico-frontales dans la dépression. *Encéphale* 1995; 21: 295-305.
- Frodl T, et al. Hippocampal changes in patients with a first episode of major depression. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1112-1118.
- Garavan H, Ross J, Murphy K. Dissociable Executive Functions in the Dynamic Control of Behavior: Inhibition, Error Detection, and Correction. *NeuroImage* 2002; 17: 1820-1829.
- Gottesman I, Gould T. The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 636-645.
- Kandel ER. The biology of memory: a forty-year perspective. *J Neurosci* 2009; 29 (41): 12748-56.
- Kendler KS. Genetic epidemiology in psychiatry. Taking both genes and environment seriously. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52 (11): 895-999.
- Levy F, Hay D. Attention, genes, and ADHD. Philadelphia, Brunner-Routledge, 2001.
- Li Y, Meyer J. Longitudinal follow up of depressive symptoms among normal versus cognitively impaired elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16: 718-727.
- Massana G, Serra-Grabulosa JM, Salgado-Pineda P, Gasto C, Junque C, Massana J, et al. Amygdalar atrophy in panic disorder patients detected by volumetric magnetic resonance imaging. *Neuroimage* 2003; 19: 80-90.
- Muzzio IA, Kentros C, Kandel E. What is remembered? Role of attention on the encoding and retrieval of hippocampal representations. *J Physiology* 2009; 15 (587): 2837-2854.
- Pineda D, Ardila A, Rosselli M, Arias BE, Henao GC, Gomex LF, et al. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in 4- to 17-year old children in the general population. *J Abnorm Child Psychol* 1999; 27: 455-462.
- Rutter M, Bolten P, Harrington R, LeCouteur A, Macdonald H, Simonoff E. Genetic factors in child psychiatric disorders - I. A review of research strategies. *J Child Psychol Psychiatry* 1990; 31: 3-37.
- Sandberg S, Rutter M. The role of acute life stresses. En: Rutter M & Taylor E. *Child and Adolescent Psychiatry.* Oxford: Blackwell; 2002. p. 287-298.
- Scheres A, Oosterlaan J, Geurts H, Morein-Zamir S, Meiran N, Schut H, et al. Executive functioning in boys with ADHD: primarily an inhibition deficit? *Arch Clin Neuropsychol* 2004; 19: 569-94.
- Shallice T, Marzocchi GM, Coser S, Del Savio M, Meuter

- RF, Rumiati R. Executive function profile of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Dev Neuropsychol* 2002; 21: 43-71.
30. Sheline YI, Gado MH, Kraemer HC. Untreated depression and hippocampal volume loss. *Am J Psychiatry* 2003; 160 (8): 1516-8.
31. Stern ER, Gonzalez R, Welsh RC, Taylor SF. Updating beliefs for a decision: neural correlates of uncertainty and underconfidence. *J Neurosci* 2010; 30 (23): 8032-41.
32. Swam G, Carmelli D. Evidence for Genetic Mediation of Executive Control. A Study of Aging Male Twins. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2002; 57 (2): 133-43.
33. Talge NM, Neal C, Glover V. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? The Early Stress, Translational Research and Prevention Science Network Fetal and Neonatal Experience on Child and Adolescent Mental Health. *J Child Psychol Psychiatry* 2007; 48: 245-261.
34. Zalla T, Joyce C, Szoke A. Executive dysfunctions as potential markers of familiar vulnerability to bipolar disorder and schizophrenia. *Psychiatry Res* 2004; 121: 207-213.
35. Navarro MI. Procesos ejecutivos en niños con TDAH. Una investigación empírica. Tesis Doctoral U. Complutense. Madrid, 2010.
36. Joffre-Velazquez VM, García-Maldonado G, Joffre-Mora L. Trastorno por déficit de la atención e hiperactividad de la infancia a la vida adulta. *Archivos de Medicina Familiar* 2007; 9 (4): 176-181.
37. Zamora S, Lovera C. Estudio de PET en pacientes con Depresión Mayor recurrente. Sonepsyn Chile. Libro de Resúmenes, 2006.
38. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dialogues Clin Neurosci* 2006; 8: 367-381.



Centro Privado
de Psicoterapias

Médicos Psiquiatras

Incorporamos para los equipos de:

Urgencias Ambulatorio

Nos gustaría contactarnos con médicos psiquiatras que se interesen en:

- La formación clínica permanente
- El trabajo en equipo
- La participación en reuniones de supervisión interdisciplinarias

En el Centro Privado de Psicoterapias trabajamos desde 1981 prestando asistencia en salud Mental a grandes poblaciones. Brindamos formación a través de diversas actividades:

- Ateneos clínicos
- Cursos de postgrado
- Investigación

Ingrese su CV en www.cpp.com.ar o envíelo al siguiente mail: mariaeg@cpp.com.ar para concertar una entrevista.

El niño portador de un trastorno grave del humor y del comportamiento. Investigación clínica

Laura Viola

Profesora Titular de Psiquiatría Pediátrica. Directora del Departamento de Psiquiatría Pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rossell, Facultad de Medicina. Universidad de la República -UDELAR-, Uruguay
E-mail: viollaura@gmail.com

Introducción

Los niños portadores de un trastorno grave del humor y del comportamiento retan nuestros conocimientos. Su presentación clínica polimorfa y cambiante desafía la precisión diagnóstica necesaria, agravado esto por la variabilidad de la etapa del desarrollo, la alta permeabilidad a los eventos externos y una evolución no unívoca a los cuadros graves de la psicopatología del adulto (9). Una de las causas de esta complejidad se relaciona con la dificultad de establecer con precisión los límites de las entidades nosológicas en psiquiatría pediátrica en general y de los trastornos graves del humor y del comportamiento en particular. La difusión de los límites en las entidades nosológicas y la alta comorbilidad entre los

trastornos exige una mirada desde una perspectiva del desarrollo y dimensional.

Un amplio espectro de pacientes es designado como portador de patología grave del humor y del comportamiento, seguramente con presentaciones clínicas diversas pero que tienen en común la gravedad de su psicopatología, la dificultad de su ubicación nosológica por su excepcional comorbilidad y el desafío de su abordaje.

Cuando la alteración del humor es persistente, cuando las alteraciones del comportamiento son significativas, cuando la repercusión en el área cognitiva impide una escolarización normal, se presenta una gama de diagnósticos posibles (16, 39), que abarca desde los tras-

Resumen

El término patología grave del humor y del comportamiento designa una gama de presentaciones clínicas. En entidades nosográficas que no están claramente delimitadas, el desafío es la búsqueda de escalas que identifiquen, con un mismo fenotipo básico, los pacientes portadores de disregulación emocional o trastorno del espectro bipolar. La *Child Behavior Check List* (CBCL) y sus sub-escalas parecen ser útiles en la identificación de la psicopatología grave de la infancia caracterizada por la disregulación afectiva, conductual y cognitiva. Los antecedentes familiares y las comorbilidades médicas (alteraciones del perfil tiroideo) parecen relacionarse con específicas entidades diagnosticadas por el clínico.

Palabras clave: Infancia - Trastorno Bipolar - Desregulación Emocional - Comorbilidad - Escalas (CBCL).

THE SEVERE DYSREGULATED CHILD. CLINICAL RESEARCH

Summary

The term *severe pathology of mood and behaviors* includes a wide range of clinical presentations. A nosographic entity which is not clearly defined, the defiance is to search for scales that identify, using the same core phenotype, the patients with Emotional Dysregulation or Bipolar Spectrum Disorders. The Child Behavior Check List (CBCL) and their subscales seem to be helpful in identifying severe psychopathology of childhood, characterized by affective, behavioral and cognitive dysregulation. The family background and medical comorbidity (abnormal thyroid profile) seem to be related to special entity diagnosed by the clinician.

Key words: Childhood - Bipolar disorders - Emotional dysregulation - Comorbidities - Scales (CBCL).

tornos de conducta, los trastornos por déficit atencional, los trastornos del humor, el trastorno bipolar, etc. Estas dificultades que no son nuevas en la Psiquiatría Pediátrica Clínica mantienen su vigencia (6, 13, 34, 38, 41).

El uso de escalas que permitan capturar la diversidad de situaciones clínicas ha sido y es un desafío de los investigadores. Thomas Achenbach ha sido no sólo uno de esos pioneros (4, 5) sino que ha profundizado en la aplicación de las mismas (1, 2) y en su uso transcultural (26). La *Child Behavior Checklist* CBCL-Padres es un instrumento de evaluación de aspectos emocionales, del comportamiento y de la competencia social de niños y adolescentes, que valora los últimos seis meses previos a la entrevista, de acuerdo a información aportada por los padres o tutores. Consta de dos partes, la primera contempla la Competencia Social y la segunda, evalúa los Problemas Emocionales y Conductuales. Esta evaluación se realiza mediante un cuestionario cerrado completado por los padres que consta de 113 ítems (3). La Competencia es el resultado de la suma de las variables de las habilidades evaluadas en el área social, académica y las actividades desarrolladas. Las alteraciones en estas áreas evalúan la repercusión en el funcionamiento global del niño.

En el Uruguay fueron validados los instrumentos ASEBA y la CBCL-Padres ha demostrado una muy buena consistencia interna en la escala en general y en las subescalas en particular, obteniéndose un coeficiente alfa de Cronbach de 0,94 para Problemas Totales (PT) (10), lo que permite su uso transcultural en el Uruguay (36).

La suma de los 113 ítems relacionados con los problemas emocionales y conductuales, genera una Media de PT (Media de Problemas Totales). Esta Media de PT es de suma utilidad para comparar poblaciones y para identificar grupos de alto riesgo. La media de Problemas Totales en la población infantil del Uruguay obtenida de un estudio epidemiológico nacional representativo en 1374 niños es de 33,9 (37) y la media de Problemas Totales representativa del medio socio-económico favorable, al igual que los niños de esta muestra (n = 293), es de 24,4 (DS = 15,9).

Las escalas permiten asociar distintas variables que han demostrado su aplicabilidad en diversas investigaciones, por ejemplo el concepto de *Índice de suicidabilidad o tendencias suicidas* que evalúa, en el reporte de los padres, las ideas o actos de sus hijos que atentan contra la vida (23).

El uso extendido en las investigaciones epidemiológicas y clínicas en Psiquiatría Pediátrica de los instrumentos ASEBA, ha cuantificado las complejidades comórbidas de las entidades nosológicas así como el desdibujamiento de sus límites.

El trastorno por déficit atencional, con una semiología precisa, presenta la dificultad de su altísima comorbilidad (37) que alcanza el 80% en general y de un 60 a 70% tanto en el TB de espectro amplio como en la disregulación emocional. Diagnóstico paradigmático que plantea su ubicación como entidad propia, como entidad pre-mórbida en la instalación de otras patologías, por ejemplo el trastorno de conducta y el trastorno del espectro bipolar (20) o entidad co-mórbida como en los trastornos negativistas desafiantes.

En relación al Trastorno Bipolar Pediátrico (TBPP), desde 1997 (22), se destaca la necesidad de investigaciones sistemáticas que provean herramientas diagnósticas útiles en las distintas etapas del desarrollo y colaboren con el establecimiento de tratamientos efectivos. La necesidad de definir subcategorías en el TBPP se mantiene hasta el día de hoy (8, 31, 35). Las investigaciones se enmarcaron en una clínica signada por la atipia de su presentación (30, 33) y en los conceptos de la diferencia de endofenotipos (30), uno clásico "*narrow phenotype*" que incluye los TBPI y TBPII, con precisiones de duración de los ciclos y otro "*fenotipo bipolar pediátrico amplio*" o "*broad bipolar phenotype*" donde numerosas investigaciones destacaron su comorbilidad con el Trastorno de Conducta y con el Trastorno por Déficit Atencional (15, 18). Es desde este fenotipo o caracterización clínica donde Liebenluft precisa el concepto de Disregulación Emocional Severa (DES) (27, 28).

En el marco de la psicopatología del desarrollo se pueden integrar las conceptualizaciones clínicas de la disregulación emocional. El desarrollo emocional constituye un hito crítico desde el cual estudiar el desarrollo de la sintomatología y la psicopatología. Las dimensiones de la emotividad utilizadas para caracterizar la disregulación, incluyen el acceso al espectro complejo de las emociones, la modulación flexible en intensidad o duración y las transiciones entre las emociones, la adquisición y uso de las reglas culturales, y la capacidad de reflexionar sobre la complejidad y el valor de la propia propias emociones de una manera autosuficiente (17).

La regulación emocional se compone de dos aspectos fundamentales: las emociones tanto positiva como negativa y la regulación de la misma, que interactuando permanentemente entre sí dan lugar a niveles diferentes de comportamiento. La disregulación emocional surge cuando la reacción emocional pierde flexibilidad y se restringe en sus expresiones (29).

La controversia existente en el diagnóstico del trastorno bipolar pediátrico favoreció la conceptualización nosológica de Liebenluft (12, 27, 28) que define "*Severe Mood Dysregulation*" (SMD) como una condición caracterizada por un estado de ánimo basal anormal (es decir, irritabilidad, ira, y/o tristeza, perceptible a otros y presente la mayoría de las veces). Además, SMD implica excitabilidad marcada (es decir, al menos tres de los siguientes: insomnio, inquietud física, distractibilidad, aceleración del pensamiento o fuga de ideas, logorrea e intrusividad, y el aumento de reactividad a un estímulo emocional negativo (por ejemplo, los arrebatos de mal genio) al menos tres veces a la semana. Estos síntomas deben comenzar antes de los 12 años, persisten durante al menos un año (es decir, sin períodos libres de síntomas superior a dos meses), y ocasionan deterioro funcional en al menos dos de los tres encuadres clásicos (casa, escuela, compañeros) (15).

En entidades nosográficas que no están claramente delimitadas, el desafío ha estado puesto también en la búsqueda de escalas que puedan identificar no sólo a los portadores de Trastorno Bipolar sino también a los portadores de Disregulación Emocional Severa. Las esca-

las permiten en distintas sociedades, la aproximación a estos pacientes con un mismo fenotipo básico (6). En este sentido, la *Child Behavior Check List* (CBCL) ha sido ampliamente usada en la identificación de paciente Bipolares (19, 25).

Sin embargo, el perfil de la CBCL-BP se ha mostrado más útil en la identificación de los pacientes con disregulación emocional severa que en los pacientes con trastorno bipolar y se ha sugerido su cambio por la sigla CBCL-DP (*Dysregulation Profile*) (7). De la misma forma se ha incorporado una sub-escala TEPT, como una versión corta del perfil de Disregulación Emocional, propuesta como "CBCL-Dysregulation Short Scale" o *CBCL-DSS* (7, 11).

El objetivo del presente trabajo, es mostrar una investigación clínica desarrollada en latinoamérica en niños con trastornos graves del humor y del comportamiento.

Este estudio parte de la hipótesis que la caracterización realizada por el Psiquiatra Clínico de los niños con persistente y significativa distorsión del humor, la atención y el comportamiento, al ubicarlos en diferentes categorías diagnósticas presenta diferencias tanto en los índices de psicopatología (comorbilidad y tendencias suicidas), como en la incidencia de los antecedentes familiares y las comorbilidades médicas. A su vez, busca evaluar si las categorías clínicas utilizadas son capturadas por las escalas y sub-escalas más corrientemente usadas.

Metodología

1. Se seleccionó una muestra clínica consecutiva de niños y adolescentes tempranos derivados a servicios de salud mental especializados en alteraciones graves en el humor y en el comportamiento, con interferencia en el área social y académica. Se seleccionaron 112 niños, de entre 5 y 16 años (78% menor de 12 años). El 75% de la muestra estuvo constituida por varones. La media de edad por sexo fue de 9,5 para varones y 10 años para mujeres.

Tabla 1. Sexo y edad.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Edad media	Edad mediana
Masc.	85	75,9%	9,54 años	10 años
Femen.	27	24,1%	10,04 años	10 años

2. El estatus socio-económico de la muestra se definió de acuerdo a tres criterios: a) los 5 niveles provistos por el gobierno uruguayo de acuerdo a las facilidades y vecindario de los centros educativos a los que concurrían; b) a la profesión o trabajo de los padres y c) el nivel educativo alcanzado por los padres. De acuerdo a esto se seleccionaron los dos niveles más altos de los centros educativos, padres profesio-

sionales o comerciantes independientes y escolarización mayor a los 6 años de educación formal (finalización de la educación primaria) tanto en el padre como en la madre. Este criterio de selección se adopta ya que el bajo nivel de educación maternal y los bajos ingresos del núcleo familiar se asocian a una mayor probabilidad de tener problemas emocionales y conductuales (21, 37).

3. Los 112 niños de la muestra fueron re-evaluados por Psiquiatra de Niños, usando como patrón oro la entrevista clínica orientada por el DSM-IV, en sesiones con el niño y con niño en conjunto con padres. Se establecieron 4 categorías diagnósticas: 1) Trastorno del Espectro Bipolar - TBP-NOS (TEBP); 2) Disregulación emocional severa (DES); 3) Trastorno de conducta con agresividad (TC); 4) TDAH severos (TDAH); distribuyéndose como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 2. Distribución según diagnósticos.

Diagnóstico clínico	Frecuencia	Porc.
Espectro Bipolar	45	40,2%
Disregulación emocional	34	30,4%
Trastorno conducta con agresividad	11	9,8%
TDAH severos	22	19,6%
Total	112	100%

4. Las 112 familias completaron la *Child Behavior Checklist* (CBCL). Cuando hubo formularios llenados por padre y madre, se ingresó el formulario de mayor puntaje. Se seleccionó la versión 2001 de la CBCL-Padres, traducida al español rioplatense¹ y con licencia para su uso en investigaciones.

5. Se recabó información sobre antecedentes de patología psiquiátrica diagnosticada por psiquiatra en los familiares de primer y segundo grado (padres, abuelos y hermanos de los padres); se consignó, además, la adopción. Se establecieron 4 categorías: 1) Sin antecedentes.; 2) Trastorno Bipolar I/II ó Episodio Depresivo Mayor con Intento de Autoeliminación; 3) Trastorno por Déficit Atencional; 4) Trastorno de Conducta Disocial o Trastorno de Personalidad B.

En 19 niños (17%) no hubo datos fidedignos, por lo que no se pudo probar ni descartar la presencia de antecedentes, y 6 niños (5,4%) fueron adoptados en forma temprana y se desconocían las características conductuales y emocionales de los padres biológicos. De los 87 niños restantes: el 34,5% no tenía antecedentes familiares, el 39% tenía familiares con diagnóstico de trastornos del humor, un 11,5% tenía familiares de primer grado con diagnóstico de TDAH y un 15% con diagnóstico de Trastorno de Conducta Antisocial o Trastorno de la Personalidad, como se ve en la tabla a continuación.

¹ Licencia Derechos Reservados T.M. Achenbach. Reproduced by permission. Autorizada su reproducción por autor 7/2005 a Prof. Dra. Laura Viola. Facultad de Medicina-UDELAR, Montevideo-Uruguay, License 156-7-11-05.

Tabla 3. Antecedentes familiares.

En familiares de 1 ^{er} y 2 ^{do} grado diagnosticado	Frecuencia	Porc.
Sin antecedentes	30	34,5%
Trastorno del humor	34	39%
TDAH	10	11,5%
Trastorno conducta/ Trastorno de Personalidad B	12	15%
Total	87	100%

Tabla 4. Alteraciones endócrinas.

	Sin alteraciones	Hipotiroidismo previo	Hiperinsulemia previa	Total
Nº de niños	72	33	7	112
Porcentaje	64,3	29,5	6,3	100

Resultados

Siguiendo la lógica de la presentación de este trabajo y de las hipótesis a contrastar, los resultados son analizados en las siguientes áreas:

1. Características de la muestra de 112 pacientes

- Media de Problemas Totales
- Repercusión en las áreas sociales y académicas.
- Índice de suicidabilidad o tendencias suicidas
- Evaluación por CBCL-DSM

2. Características de cada una de las 4 categorías clínicas en cuanto a:

- la media de Problemas Totales,
- la comorbilidad médica y
- la existencia de antecedentes familiares.
- Relación de la categoría clínica con las subescalas de DP y DSS.

Características de la muestra de 112 pacientes con Trastornos Graves del Humor y del Comportamiento

Media de Problemas Totales: 79

En esta muestra clínica el valor de PT es de 79 (DS = 30,3), T = 71 (> percentil 95).

No hay diferencias estadísticamente significativas entre la media de Problemas Totales en hombres: PT: 81,4 (DS = 31,4), T = 71 (> percentil 95) y en mujeres PT: 71,5 (DS = 25,4), T = 69 (> percentil 95).

Se consideran dos tramos etarios, entre los cuales no hay diferencias significativas en la media de Pro-

6. Se recabó información sobre la presencia de niveles de TSH y sobre los valores de la insulina en sangre sin alteración del perfil tiroideo previos al inicio del tratamiento farmacológico. Se consideró hipotiroidismo clínico o subclínico, valores de TSH=> 3,5 y de hiperinsulinemia, valores iguales o mayores de 12,5. De los 112 niños de la muestra, el 64,3% (n = 72) no presentó alteraciones, 33 niños (29,5%) tenían hipotiroidismo subclínico y 7 (6,3%) hiperinsulinemia previa.

blemas Totales, como se observa en la tabla a continuación.

Tabla 5. Media de Problemas totales según tramos etarios.

Tramos etarios	Media de Problemas Totales y (DS)	Valor T	Percentil
= < 11 años (n = 87)	78,4 (31,3)	71	> 95
= > 12 años (n = 25)	81,2 (26,9)	70,8	> 95

Competencia Total

El 90,7% de los 112 niños (101 niños) tenían alteraciones en su funcionamiento global. No existían diferencias estadísticamente significativas por tramo etario: 90,5% en escolares y 90,9% en adolescentes; al igual que no lo había por sexo: 89,3% en varones y 95,7% en mujeres.

El 75% tenía problemas de aprendizaje y recibía apoyo extra-curricular; el 20% había repetido un año y un 3% tenía fracaso escolar (dos o más años de repetición escolar).

Evaluación por CBCL-DSM

Con la aplicación de las subescalas de la CBCL orientadas por el DSM-IV los pacientes se ubicaron en un rango combinado riesgo-clínico (T > 65, percentil \geq 95) de acuerdo a la siguiente tabla:

Tabla 6. Evaluación según *Child Behavior Checklist* y DSM-IV.

	Trastornos afectivos	Trastornos ansiedad	Trastornos somáticos	Trastorno déficit atención	Trastorno negativista	Trastorno conducta
Porcentaje	67%	70,5%	27,7%	49,1%	54,5%	50,9%

Para las otras subescalas 2001, que evalúan el Tempo Cognitivo Lento, los elementos obsesivos, el perfil de disregulación o trastorno de espectro bipolar (DP) y la subescala de la sintomatología post-traumática o Escala

Abreviada del perfil de Disregulación (DSS), los resultados obtenidos con el mismo criterio de rango combinado riesgo-clínico ($T > 65$, percentil ≥ 95), se muestran a continuación:

Tabla 7. Subescalas que evalúan tempo cognitivo lento, elementos obsesivos, perfil de disregulación o trastorno del espectro bipolar, subescala de la sintomatología post-traumática o escala abreviada del perfil de disregulación

	Tiempo cognitivo lento	Problemas obsesivos	TEPT/DSS*	TBP/DP**
Frecuencia	37,5	52,7	84,8	44,6

*TEPT o *Dysregulation Short Scale*

**JBD o TBP o *Dysregulation Profile*: es la sumatoria de los síndromes de ansiedad, atencional y conducta agresiva.

Hay una correlación significativa (Pearson .380, $p = 000$) entre las escalas de DP y DSS.

32% de niños de 12 a 16 años, de los cuales de acuerdo al reporte de los padres un 44% hace un IAE.

Evaluación de las tendencias suicidas. El índice de suicidabilidad

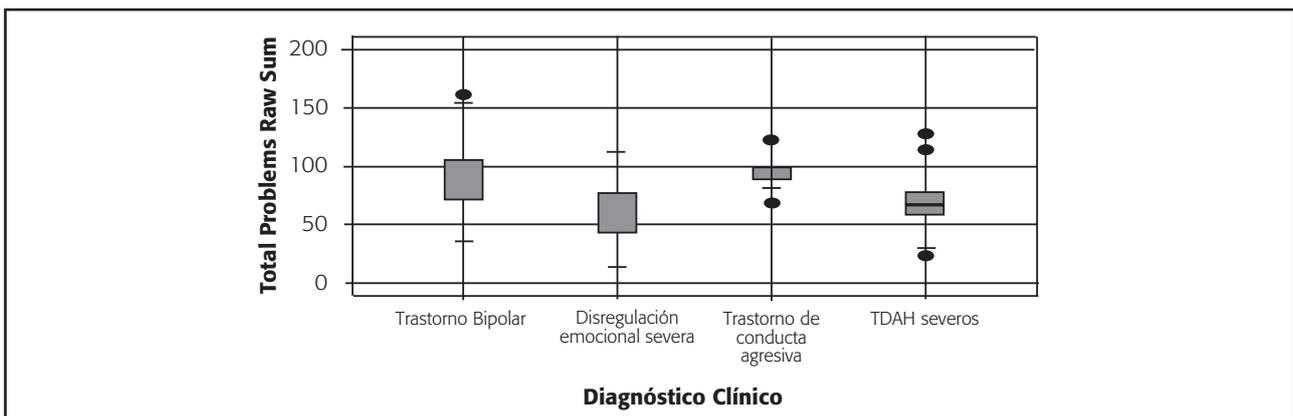
Características de las categorías clínicas establecidas

El índice de suicidabilidad es positivo en el 38% de los 112 niños y un 18% hizo un Intento de Autoeliminación (IAE). Este índice identifica a un 27% de niños de hasta 11 años de los cuales un 17% hace un IAE y un

En la siguiente tabla se describe para cada una de las categorías clínicas diagnósticas el Valor T, la media de Problemas Totales y el Percentil.

Tabla 8. Categorías clínicas diagnósticas.

Diagnóstico clínico	T	PT y (DS)	Percentil
Trastorno espectro bipolar (n = 45)	74	91,6 (31,5)	> 97
Disregulación emocional severa (n = 34)	67,3	62,8 (22,29)	> 92
Trastorno de conducta agresiva (n = 11)	74,7	94,2 (13,9)	99
TDA con hiperactividad	68,9	70,6 (30,8)	> 92



Con la aplicación de las pruebas no paramétricas de U de Mann Whitney, Wilcoxon y Z de Kolmorov Smirnov, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre Problemas Totales de TBP y SDE ($p = 0,000/0,001$) y el TBP y el TDAH ($p = 0,002/0,06$), pero no entre TBP y TC ($p = 0,279/0,174$).

La categoría clínica de Trastorno de Conducta Agresiva se diferenció estadísticamente del grupo clínico del Síndrome de Disregulación Emocional ($p = 0,000/0,000$) y del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad ($p = 0,008/0,007$).

Categoría clínica de TBP-NOS

De los 112 pacientes, 45 (40,2%) recibieron el diagnóstico clínico de Trastorno Bipolar, 82% de los cuales eran varones y el 80% tenía hasta 11 años de edad. Un 43% tenía antecedentes en familiares de primer o segundo grado de diagnóstico de Trastorno Bipolar. En relación a la comorbilidad médica, el 55% presentó alteraciones previas al inicio del abordaje farmacológico (44% hipotiroidismo y 11% hiperinsulinemia). El índice de suicidabilidad fue positivo en el 42%.

Realizando la comparación de medias a través de pruebas no-paramétricas, se observó que la media de PT reportada para los niños con un Trastorno Bipolar fue significativamente mayor que la registrada para los pacientes con Disregulación Emocional Severa ($Z = -3,502$; $p < 05$) y para los pacientes con diagnóstico de TDAH ($Z = -2,284$; $p < 05$).

La subescala CBCL-DP, integrada por las subescalas sindromáticas de ansiedad, déficit atencional y agresividad, detectó un 60% de los pacientes. La subescala CBCL-DSS (*Dysregulation Short Scale*) capturó a un 97,8% de este grupo. En la *Tabla de comorbilidades* se observan las subescalas de la CBCL-DSM con mayor puntuación: Problemas Afectivos (80%), de Ansiedad (78%) y de Conducta Oposicionista (69%) (ver Tabla 9).

Categoría clínica de disregulación emocional

De los 112 niños derivados por trastornos graves del humor y del comportamiento, 34 (30,4%) de ellos fueron evaluados por el psiquiatra de niños como portadores de un síndrome de disregulación emocional. De estos niños,

el 65% fueron varones y el 35% mujeres. El 80% de los diagnósticos correspondieron a niños escolares, menores de 12 años. Un 38% de estos niños no tenían antecedentes familiares psiquiátricos y un 45% tenía antecedentes de familiares de primer o segundo grado diagnosticados con Trastorno Bipolar. Un 15% de los niños tenía hipotiroidismo previo al inicio del tratamiento farmacológico. El índice de suicidabilidad fue de 32%.

La subescala DP detectó un 21% y la subescala DSS, un 68%. En la *Tabla de comorbilidades* se observan las sub-escalas con mayor puntuación: Problemas Afectivos y de Ansiedad ambos con 59% (ver Tabla 9).

Categoría clínica de trastorno de conducta con agresividad

Este trastorno fue diagnosticado en el 10% de la muestra. El 72% eran varones y el 64% eran menores de 12 años. Un 50% tenía antecedentes familiares de Trastorno de Conducta Disocial o Trastornos de la Personalidad, el 30% antecedentes de trastornos del humor. En relación a la comorbilidad médica, el 90% no tenía alteraciones previas. El índice de suicidabilidad captó al 55% de la muestra.

La subescala DP captó al 64% de la muestra y la escala DSS al 100% de la muestra. En la *Tabla de comorbilidades* se observó que en las subescalas consideradas, los problemas oposicionistas (95%) al igual que los problemas de ansiedad y de conducta (90%) e incluso los problemas afectivos y los atencionales (ambos 80%), tenían una altísima presencia.

Categoría clínica de Trastorno por Déficit Atencional severo con Hiperactividad

El 82% de los niños situados en esta categoría fueron varones y un 18%, mujeres. El 77% tenía menos de 12 años en el momento de la primera consulta a los servicios especializados. El 64% no tiene alteraciones y un tercio (32%) tenían hipotiroidismo previo. Más de la mitad de los pacientes no tenía antecedentes familiares y un 20% tenía familiares con diagnóstico de TDAH. En un 32% el índice de suicidabilidad fue positivo.

La subescala DP captó al 59% de la muestra mientras que la DSS captó al 82%. En la *Tabla de comorbilidades* se observan las subescalas con mayor puntuación: Problemas Afectivos y de Ansiedad, ambos con 68% (ver Tabla 9).

Tabla 9. Tablas resumen.

Tabla de antecedentes familiares

	TEBP	SDE	TC	TDAH
Sin antecedentes	26%	38%		53%
Trastornos del humor	43%	45%	30%	16%
TDAH	11%	7%		21%
Trastornos de conducta o personalidad	14%	7%	50%	5%
Adopción	6%	3%	20%	5%

Tabla de comorbilidades médicas

	TEBP	SDE	TC	TDAH
Sin alteraciones	44%	82%	91%	64%
Hipotiroidismo subclínico*	44%	15%	9%	32%
Hiperinsulinemia sin Hipotiroidismo*	11%	3%		4%

* Previo al inicio del abordaje farmacológico.

Tabla de comorbilidades en las categorías clínicas

	*Afectivos**	*Ansiedad**	*TDAH**	*Oposicionista**	*Conducta**
TEBP	80%	78%	55%	69%	64%
SDE	59%	59%	35%	35%	32%
TC	80%	90%	80%	95%	90%
TDAH	68%	68%	65%	40%	40%

* Subescalas de CBCL orientadas por DSM.

** Se considera el rango combinado riesgo-clínico: T > 65, percentil > 95.

Discusión

La consulta de un niño con trastorno grave del humor y del comportamiento, es decir con una alteración o disregulación en algunas de las tres áreas humor, ansiedad/cognición y comportamiento es muy frecuente y exige del clínico la precisión diagnóstica, no sólo porque "diagnosis es prognosis" sino por el establecimiento de un tratamiento integral adecuado.

La muestra ha sido seleccionada de niños que proceden de medio socio-económico favorecidos, con el objetivo de controlar los sesgos (36, 37) que en nuestros países en vías de desarrollo, suponen los factores de riesgo dependientes de la pobreza, la deficiente instrucción en los padres, la alta tasa de dificultades de aprendizaje, la escasez de oportunidades y la violencia. El porcentaje de 75% de varones en la muestra (15, 22, 32) es la relación que se observa en los trastornos precoces del humor y del comportamiento; sin embargo, una vez presente la patología no hay diferencias significativas entre ambos.

La repercusión de la enfermedad psiquiátrica es evaluada indirectamente a través de la repercusión en su funcionamiento global y en su aprendizaje. El funcionamiento global del niño, que comprende sus actividades sociales y académicas, y su relación con pares está seriamente afectado. En el 91% de los niños está alterado, sin haber diferencias significativas por sexo o por la edad. Esto supone una gravedad insta-

lada desde los primeros años con la repercusión en la construcción de la identidad del individuo que generará alteraciones en la adultez (9) como está siendo actualmente investigado.

Esta repercusión de la enfermedad psiquiátrica se observa en el aprendizaje, con dificultades académicas en el 75% de los casos que necesitan de apoyo extracurricular, junto con una tasa de repetición del 20%, excepcionalmente alta para el medio social.

La presencia de antecedentes familiares en los trastornos psiquiátricos ha sido y es ampliamente investigada. La psiquiatría genética ha despertado un profundo interés en los investigadores de los trastornos del humor y del comportamiento. En la muestra clínica, a través de la anamnesis, se pueden recabar datos que ayudan al clínico a la formulación de su diagnóstico. Un tercio de los niños (34,5%) no tiene antecedentes psiquiátricos a consignar relacionados con los trastornos diagnosticados. La adopción parece ser francamente mayor (20%) en los niños portadores de trastorno de conducta si bien las limitaciones en el número de niños de esta categoría impide otra consideración, al igual que los antecedentes de trastornos de conducta (50%) en los padres como está ampliamente estudiado en la literatura (40). Tanto en los niños diagnosticados como trastornos del espectro bipolar como en los niños con diagnóstico de disregulación emocional, es significativamente alta la presencia de alteraciones del humor diagnosticadas

(trastornos bipolar I/II y Trastorno Depresivo Mayor con IAE) en los familiares de primer y segundo grado, llegando en ambos casos a prácticamente la mitad de la muestra (43% y 45%, respectivamente). Se toma en cuenta el factor de anticipación genética para incluir los trastornos depresivos unipolares. No se encuentran las diferencias que plantea Brotman (14) en relación a una mayor incidencia de los antecedentes familiares de TBP en los niños portadores del mismo que en relación a los niños con disregulación emocional. De cualquier manera cabe recordar que la categoría diagnóstica de TBP acá usada es la del fenotipo amplio y no del estrecho.

Las alteraciones del perfil tiroideo en los pacientes con patología grave del humor y del comportamiento es una realidad clínica más allá de la escasez de los estudios epidemiológicos en estas áreas (24) y las dificultades de obtener respuestas médicas terapéuticas apropiadas en los niveles de hipotiroidismo subclínico. Como se observa en la tabla resumen de comorbilidades médicas, el hipotiroidismo clínico o mayoritariamente subclínico está fuertemente asociado al diagnóstico del trastorno del espectro bipolar y en un tercio de los casos (32%) a los TDAH graves por lo que se sugeriría su sistemática búsqueda.

La alta comorbilidad entre las distintas alteraciones capturadas por la CBCL-Padres, da cuenta no sólo de la difusión de los límites entre las entidades nosológicas sino de la complejidad y gravedad de las presentaciones clínicas en esta etapa del desarrollo que hacen difícil predecir la evolución a las patologías del adulto (9). La gravedad entre otros factores está dada por la alta tasa de tendencias suicidas (38%) con una diferencia que no es significativa entre la niñez y la adolescencia temprana (27% y 32% respectivamente). La alta tasa de IAE en los primeros años de vida (17%) alerta sobre el sufrimiento psíquico y sobre la necesidad de profundizar en los tratamientos integrales dirigidos al niño y al núcleo familiar.

La CBCL es de extrema utilidad para la identificación de grupos de riesgo y permite una discriminación cuantitativa de los mismos. El puntaje obtenido por la media de PT en las categorías clínicas de TEBP, lo distingue claramente del TDAH severo y del Síndrome de Disregulación Emocional. La distinción, tomando en cuenta los puntajes de la media de Problemas Totales, no parece útil en la discriminación de los trastornos de conducta severos con agresividad de los trastornos del espectro bipolar. Los niños que han recibido el diagnóstico clínico de trastorno de conducta, tienen valores muy altos de PT, dando cuenta de la gravedad de la presentación de estos cuadros clínicos (39, 40).

Desde el punto de vista clínico, la evaluación fue realizada con entrevistas semi-estructuradas que permiten la caracterización en dos categorías diagnósticas bien definidas por el DSMIV: trastorno por déficit atencional y trastorno de conducta, y otras dos categorías diagnósticas: fenotipo amplio del trastorno bipolar pediátrico y disregulación emocional, donde

hay una falta de precisión y de consenso en los síntomas que las integran (9). A pesar de esta limitación, hay diferencias entre las características que presentan los niños en las distintas categorías.

En este sentido, y sin pretender una generalización, se puede destacar que aquellos niños categorizados por el clínico como TEBP presentan: antecedentes familiares de trastornos del humor (43%), alteraciones en el perfil tiroideo (44%) y trastornos afectivos y de ansiedad (80% y 78% respectivamente) evidenciados por la CBCL-Padres, junto con un puntaje de la media de Problemas Totales muy alto. Las tendencias suicidas son marcadas (42%). La escala DSS de la CBCL, captura a un 97,8% en esta muestra, mientras que la DP captura a un 60%.

Las características de los niños diagnosticados por el clínico como portadores de un Síndrome de Disregulación Emocional severa presentan también alteraciones del humor en los familiares (44%), sin alteraciones en el perfil tiroideo y con una prevalencia de trastornos del humor y de la ansiedad menor al 60%. La escala DSS captura a dos tercios (68%) mientras que la escala DP no se relaciona con el diagnóstico.

En el trastorno de conducta con agresividad, los antecedentes familiares estuvieron presentes en el 100%, destacándose los conductuales y de personalidad en la familia (50%). A su vez, no hay relación con las alteraciones del perfil tiroideo. Sí se destaca la alta comorbilidad con otros diagnósticos identificados por la CBCL, con percentiles mayores a 97 en los trastornos afectivos, de ansiedad, de conducta, de conducta opositora y de déficit atencional. La escala DSS, captura al 100% de la muestra.

La necesidad de encontrar escalas que complementen el diagnóstico de los trastornos graves del humor y del comportamiento es una necesidad, no sólo para el investigador al que le permite la comparación de sus datos con otros partiendo de un mismo fenotipo, sino para el clínico. La escala antes llamada de JBD, actualmente conocida como DP (*dysregulation profile*) fue ampliamente investigada. En la práctica clínica no capturaba a lo que se comprende bajo la denominación de trastorno del espectro bipolar, pero sí su presencia daba cuenta de la gravedad de la psicopatología del niño. La disforia crónica o persistente es un rasgo habitual en estos pacientes y la asociación de variables para generar a la escala parecía tener una baja especificidad.

En relación a la escala de problemas de estrés post-traumático o TEPT, ahora llamada DSS, el evento traumático no siempre estaba presente, pero sí es sensible para la captación de la gravedad psicopatológica del paciente y la orientación a la disregulación en el amplio sentido del término.

En esta muestra el concepto clínico de disregulación emocional parecería estar más relacionado con una intensidad menor del espectro bipolar o prodrómica del mismo. En ese sentido, su identificación sería más temprana (el 78% tiene menos de 11 años).

Conclusiones

La búsqueda de una sistematización en la clínica de los pacientes graves en psiquiatría pediátrica es un desafío para los investigadores y los clínicos. El desafío no sólo en su clasificación nosológica, sino en los

abordajes casi artesanales que deben ser realizados en la práctica. Se necesitan instrumentos que den cuenta de la heterotipia de la presentación de la patología, de la importancia de la etapa del desarrollo y de las circunstancias de vida del niño ■

Referencias bibliográficas

- Achenbach TM. The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, Findings, Theory, and Applications. Burlington, VT, Research Center for Children, Youths and Family, 2009.
- Achenbach TM. Challenges and benefits of assessment, diagnosis, and taxonomy for clinical practice and research. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35: 263-271.
- Achenbach TM. The Child Behavior Profile: I. Boys aged 6--11. *J Consult Clin Psychol* 1978; 46: 478-488.
- Achenbach TM. The Child Behavior Profile: I. Boys aged 6--11. *J Consult Clin Psychol* 1978; 46: 478-488.
- Achenbach TM, Edelbrock CS. Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monogr Soc Res Child Dev* 1981; 46: 1-82.
- Althoff RR. Dysregulated children reconsidered. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49: 302-305.
- Althoff RR, Ayer LA, Rettew DC, Hudziak JJ. Assessment of dysregulated children using the Child Behavior Checklist: a receiver operating characteristic curve analysis. *Psychol Assess* 2010; 22: 609-617.
- Althoff RR, Rettew DC, Ayer LA, Hudziak JJ. Cross-informant agreement of the Dysregulation Profile of the Child Behavior Checklist. *Psychiatry Res* 2010; 178: 550-555.
- Althoff RR, Verhulst FC, Rettew DC, Hudziak JJ, van der Ende J. Adult outcomes of childhood dysregulation: a 14-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49: 1105-1116.
- Alvarez R, Varela A, and Viola L. Psicometría: Técnicas de Validación de la CBCL. En: *Congreso Argentino de Biometría, Tucumán, Argentina*; 2008.
- Ayer L, Althoff R, Ivanova M, Rettew D, Waxler E, Sulman J, and Hudziak J. Child Behavior Checklist Juvenile Bipolar Disorder (CBCL-JBD) and CBCL Posttraumatic Stress Problems (CBCL-PTSP) scales are measures of a single dysregulatory syndrome. *J Child Psychol Psychiatry* 2009; 50 (10): 1291-300.
- Bhangoo RK, and Leibenluft E. Affective neuroscience and the study of normal and abnormal emotion regulation. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2002; 11: 519-532.
- Biederman J, Mick E, Wozniak J, Monuteaux MC, Galdo M, and Faraone SV. Can a subtype of conduct disorder linked to bipolar disorder be identified? Integration of findings from the Massachusetts General Hospital Pediatric Psychopharmacology Research Program. *Biol Psychiatry* 2003; 53: 952-960.
- Brotman MA, Kassem L, Reising MM, Guyer AE, Dickstein DP, Rich BA, Towbin KE, Pine DS, McMahon FJ, and Leibenluft E. Parental diagnoses in youth with narrow phenotype bipolar disorder or severe mood dysregulation. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1238-1241.
- Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA, Dickstein DP, Guyer AE, Costello EJ, Egger HL, Angold A, Pine DS, and Leibenluft E. Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biol Psychiatry* 2006; 60: 991-997.
- Carlson GA, Potegal M, Margulies D, Gutkovich Z, and Basile J. Rages--what are they and who has them? *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2009; 19: 281-288.
- Cole PM, Michel MK, and Teti LO. The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. *Monogr Soc Res Child Dev* 1994; 59: 73-100.
- Dickstein DP, and Leibenluft E. Emotion regulation in children and adolescents: boundaries between normalcy and

- bipolar disorder. *Dev Psychopathol* 2006; 18: 1105-1131.
19. Faraone SV, Althoff RR, Hudziak JJ, Monuteaux M, and Biederman J. The CBCL predicts DSM bipolar disorder in children: a receiver operating characteristic curve analysis. *Bipolar Disord* 2005; 7: 518-524.
 20. Faraone SV, Biederman J, and Monuteaux MC. Attention deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder in girls: further evidence for a familial subtype? *J Affect Disord* 2001; 64: 19-26.
 21. Frigerio A, Rucci P, Goodman R, Ammaniti M, Carlet O, Cavolina P, De Girolamo G, Lenti C, Lucarelli L, Mani E, Martinuzzi A, Micali N, Milone A, Morosini P, Muratori F, Nardocci F, Pastore V, Polidori G, Tullini A, Vanzin L, Villa L, Walder M, Zuddas A, and Molteni M. Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy: the PrIS-MA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009; 18: 217-226.
 22. Geller B, and Luby J. Child and adolescent bipolar disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1168-1176.
 23. Holtmann M, Buchmann AF, Esser G, Schmidt MH, Banaschewski T, and Laucht M. The Child Behavior Checklist-Dysregulation Profile predicts substance use, suicidality, and functional impairment: a longitudinal analysis. *J Child Psychol Psychiatry* 2011; 52: 139-147.
 24. Holtmann M, Duketis E, Goth K, Poustka L, and Boelte S. Severe affective and behavioral dysregulation in youth is associated with increased serum TSH. *J Affect Disord* 2010; 121: 184-188.
 25. Hudziak JJ, Althoff RR, Derks EM, Faraone SV, and Boomsma DI. Prevalence and genetic architecture of Child Behavior Checklist-juvenile bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2005; 58: 562-568.
 26. Ivanova MY, Achenbach TM, Rescorla LA, Dumenci L, Almqvist F, Bilenberg N, Bird H, Broberg AG, Dobrean A, Dopfner M, Erol N, Fornas M, Hannesdottir H, Kanbayashi Y, Lambert MC, Leung P, Minaei A, Mulatu MS, Novik T, Oh KJ, Roussos A, Sawyer M, Simsek Z, Steinhausen HC, Weintraub S, Winkler Metzke C, Wolanczyk T, Zilber N, Zukauskiene R, and Verhulst FC. The generalizability of the Youth Self-Report syndrome structure in 23 societies. *J Consult Clin Psychology* 2007; 75: 729-738.
 27. Leibenluft E, Blair RJ, Charney DS, and Pine DS. Irritability in pediatric mania and other childhood psychopathology. *Ann N Y Acad Sci* 2003; 1008: 201-218.
 28. Leibenluft E, Charney DS, and Pine DS. Researching the pathophysiology of pediatric bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2003; 53: 1009-1020.
 29. Martel MM. Research review: a new perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder: emotion dysregulation and trait models. *J Child Psychol Psychiatry* 2009; 50: 1042-1051.
 30. Nottelmann Editha. National Institute of Mental Health Research Roundtable on Prepubertal Bipolar Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 871-878.
 31. Papolos D, Mattis S, Golshan S, and Molay F. Fear of harm, a possible phenotype of pediatric bipolar disorder: a dimensional approach to diagnosis for genotyping psychiatric syndromes. *J Affect Disord* 2009; 118: 28-38.
 32. Shaw JA, Egeland JA, Endicott J, Allen CR, Hostetter AM. A 10-year prospective study of prodromal patterns for bipolar disorder among Amish youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44: 1104-1111.
 33. Shaw Jon A, and Egeland Janice A. A 10-Year Prospective Study of Prodromal Patterns for Bipolar Disorder Among Amish Youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44: 1104-1111.
 34. Sobanski E, Banaschewski T, Asherson P, Buitelaar J, Chen W, Franke B, Holtmann M, Krumm B, Sergeant J, Sonuga-Barke E, Stringaris A, Taylor E, Anney R, Ebstein RP, Gill M, Miranda A, Mulas F, Oades RD, Roeyers H, Rothenberger A, Steinhausen HC, and Faraone SV. Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51: 915-923.
 35. Staton D, Odden RL, and Volness LJ. Defining subtypes of childhood bipolar illness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 2-3; author reply 3-5.
 36. Viola L, Garrido G, and Rescorla L. Testing Multicultural Robustness of the Child Behavior Checklist in a National Epidemiological Sample in Uruguay. *J Abnorm Child Psychology* 2011 Mar 22 [Epub ahead of print].
 37. Viola L, Garrido G, Varela A. *Estudio epidemiológico sobre la Salud Mental de los niños uruguayos*. Montevideo, GEGA, 2007.
 38. Wakefield JC, Schmitz MF, and Baer JC. Does the DSM-IV clinical significance criterion for major depression reduce false positives? Evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 298-304.
 39. Wozniak J, Biederman J, Faraone SV, Blier H, and Monuteaux MC. Heterogeneity of childhood conduct disorder: further evidence of a subtype of conduct disorder linked to bipolar disorder. *J Affect Disord* 2001; 64: 121-131.
 40. Wozniak J, Faraone SV, Mick E, Monuteaux M, Coville A, and Biederman J. A controlled family study of children with DSM-IV bipolar-I disorder and psychiatric co-morbidity. *Psychol Med* 2010; 40 (7): 1079-88.
 41. Wozniak J, Monuteaux M, Richards J, K EL, Faraone SV, and Biederman J. Convergence between structured diagnostic interviews and clinical assessment on the diagnosis of pediatric-onset mania. *Biol Psychiatry* 2003; 53: 938-944.

Trastornos del espectro autista. Hipótesis del desarrollo funcional emocional y su relación con las intervenciones terapéuticas

Sebastián H. Cukier

*Psiquiatra infanto-juvenil del Hospital Tobar García y de FLENI (Fundación Lucha contra la Enfermedad Neurológica Infantil).
E-mail: sebastiancukier@hotmail.com*

Ernesto Wahlberg

Médico psiquiatra infanto-juvenil. Director del centro ICID (Investigación en Ciencias del Desarrollo) y del CAITI (Centro Educativo Terapéutico para niños y jóvenes con autismo). Miembro de la comisión directiva de AAPI, Asociación Argentina de Psiquiatría Infantil.

Introducción

Los trastornos del espectro autista (TEA), de manera similar a otros trastornos del desarrollo, generalmente no cuentan con un tratamiento simple, rápido y eficaz, por lo que quienes lo padecen suelen requerir un abordaje prolongado en el tiempo (12, 26). Existe cierto consenso en cuanto a los objetivos de los tratamientos; tienen que ver con mejorar la independencia funcional y la calidad de vida a partir de minimizar las características nucleares del trastorno y las dificultades asociadas, facilitando el desarrollo y el aprendizaje, promoviendo la

socialización, estimulando las capacidades conservadas o superiores, disminuyendo las conductas perjudiciales y apoyando y asesorando a las familias. Idealmente, las intervenciones ayudarían a mejorar la reciprocidad social, la comunicación social y la flexibilidad del pensamiento y la conducta (24).

Una vez establecido el diagnóstico presuntivo de trastorno del espectro autista, se plantea la organización de un programa de intervención. Para armarlo deberían tenerse en cuenta todos los recursos existentes y de entre

Resumen

Los trastornos del espectro autista no cuentan actualmente con tratamientos que permitan solucionar definitivamente las graves dificultades que presentan las personas que lo padecen en su desarrollo e integración social. Esto da lugar, como ocurre en otros trastornos crónicos, a numerosas propuestas terapéuticas basadas en distintas hipótesis neurobiológicas y/o psicológicas. En el artículo se proponen criterios para organizar las mismas, y se resumen los aspectos centrales de la hipótesis de la diátesis afectiva. Esta teoría pone el acento en el intercambio de señales emocionales como base del desarrollo, y conforma el sustento teórico de una de las propuestas terapéuticas actuales en el campo del autismo que va ganando mayor reconocimiento en nuestro medio: el modelo DIR-Floortime.

Palabras clave: Espectro autista - Desarrollo emocional - Diátesis afectiva - Tratamientos - DIR - Floortime.

AUTISM SPECTRUM DISORDERS. FUNCTIONAL-EMOTIONAL DEVELOPMENT HYPOTHESES AND THEIR RELATIONSHIP WITH THERAPEUTIC INTERVENTIONS

Summary

Autism Spectrum Disorders do not have a treatment that offers definitive solution to the serious challenges faced by people who suffer from them. Consequently, as in other chronic conditions, many therapeutic interventions are offered, each based on different neurobiological or psychological hypotheses. In the present article criteria for the organization of the proposed interventions are suggested, and the main aspects of the affective diathesis hypothesis are summarized. This theory emphasizes the importance of emotional signaling as a basis for development and is the theoretical framework for one of the therapeutic options in the field of autism that is earning recognition in our country: the DIR-Floortime model.

Key Words: Autism spectrum - Emotional development - Affective diathesis - Treatment - DIR - Floortime.

ellos seleccionar los más apropiados para esa persona en particular. Si los familiares de un niño que recibe el diagnóstico buscaran en la red informática los abordajes posibles para el tratamiento, se encontrarían con miles de sitios sobre el tema, que se referirán a una extensa lista de

propuestas terapéuticas; también muchos profesionales pueden encontrarse en este dilema al tener que indicar o realizar el tratamiento de una persona con TEA (ver Tabla 1 para algunos ejemplos de la diversidad de oferta de tratamientos específicos y no-específicos propuestos).

Tabla 1. Algunos abordajes propuestos para niños, adolescentes o adultos con TEA¹.

• Basados en A.B.A. – ensayo discreto	• Oxitocina (15)
• Basados en TEACCH – Enseñanza estructurada	• Musicoterapia
• Terapia Cognitivo Conductual	• Tratamientos biomédicos – dietas – quelaciones
• Tratamientos psicodinámicos	• Hanen’s Program
• Entrenamiento en habilidades sociales	• Natural language paradigma
• D.I.R.- Floortime Model	• Pivotal Response Training
• Son – Rise Program	• Milieu teaching
• Denver Model	• Comunicación Facilitada
• Relational Developmental Intervention	• Leuprolide (Lupron)
• Social Communication Emotional Regulation Transactional Support	• Inmunoglobulina intravenosa
• Tratamiento basado en teoría de la mente	• Terapia con células madre (31)
• Tratamiento basado en neuronas en espejo (32)	• Equinoterapia – Delfinoterapia – Zooterapia
• Enseñanza de atención conjunta (13)	• Behavioral Optometry – Craneosacral Manipulation
• Tratamientos psicofarmacológicos	• Auditory Integration Therapy - Tomatis - Berard
• Comunicación aumentativa alternativa	• Rep. transcraneal magnetic stimulation (28)
• Fonoaudiología	• Neurofeedback (14)
• Verbal behavior	• Psicocirugía
• Entrenamiento en comunicación funcional (ECF)	• Terapia Electro Convulsiva (4)
• Psicopedagogía	• Cámara hiperbárica
• Neuropsicología	• Leche de camello
• Integración Sensorial	• Depuración sonar

Una forma posible de ordenar este heterogéneo grupo de propuestas es dividirlo entre:

1. Los que utilizan vías alternativas de aprendizaje para inculcar las habilidades que no se desarrollaron de manera “natural” o “neurotípica”.

2. Aquellos basados en hipótesis del desarrollo típico para centrar en ellas los mecanismos de intervención.

3. Aquellos tratamientos que intervienen directamente sobre procesos fisiológicos.

En las Tablas 2, 3 y 4 se pueden ver los tratamientos ordenados según estos criterios. Es necesario aclarar, por

un lado, que se trata solamente de una división esquemática como para organizar la información; por otro, que muchas de las propuestas terapéuticas pueden incluirse en un mismo programa de intervención y complementarse entre sí y, por último, que existen otros criterios a partir de los cuales podrían dividirse los tipos de abordaje, como en si están centrados en el individuo o en las relaciones, si plantean un programa sistemático de intervenciones o un marco conceptual general, si se centran en los síntomas nucleares del autismo o en síntomas asociados, si cuentan o no con estudios controlados de eficacia, si se asocian a una hipótesis etiológica o no,

¹ Se cita bibliografía de consulta de las técnicas menos conocidas que cuentan con bibliografía publicada y que no serán comentadas en el texto

etc. La razón por la cual se eligió la diferenciación utilizada es que en los últimos años cobraron notoriedad numerosas variantes de programas de intervención basados en hipótesis del desarrollo típico (estas serán el tema central del presente artículo), que se sumaron a las más aceptadas y generalizadas en la literatura internacional y en la práctica en nuestro medio, que son las basadas en vías alternativas de aprendizaje (principalmente las derivadas de la teoría del Análisis Conductual Aplicado), las psicofarmacológicas y "biomédicas" y las psicodinámicas, basadas en diferentes corrientes del psicoanálisis.

Tabla 2. Tratamientos basados en vías alternativas de aprendizaje.

• Basados en A.B.A. – ensayo discreto
• TEACCH – Enseñanza estructurada
• Entrenamiento en habilidades sociales
• Terapia Cognitivo Conductual
• Tratamiento basado en teoría de la mente
• Tratamiento basado en neuronas en espejo
• Enseñanza de atención conjunta
• Comunicación aumentativa
• Verbal behavior
• Natural language paradigma
• Pivotal Response Training
• Milieu teaching
• Equinoterapia – Delfinoterapia – Zooterapia
• Neurofeedback
• Comunicación Facilitada

Tabla 3. Tratamientos basados en hipótesis del desarrollo típico

• D.I.R. - Floortime Model
• Son – Rise Program
• Denver Model
• Relational Developmental Intervention
• Social Communication Emotional Regulation Transactional Support
• Tratamientos psicodinámicos
• Otros

Tabla 4. Tratamientos biológicos

• Tratamientos psicofarmacológicos
• Restricciones dietarias y otros tratamientos nutricionales "biomédicos"
• Cámara hiperbárica
• Manipulación craneosacra
• Behavioral Optometry
• Leche de camello
• Depuración sonar
• Secretina
• Inmunoglobulina intravenosa
• Vitaminoterapia
• Psicocirugía
• Terapia Electro Convulsiva
• Medicina cuántica
• Terapia con células madre
• Leuprolide (Lupron)
• Otros

Las intervenciones educativas, incluyendo las estrategias conductuales y las terapias de habilitación, consisten en un amplio conjunto de manipulaciones intencionadas del mundo en el que las personas con TEA viven, buscando aumentar el bienestar emocional, mejorar las habilidades de comunicación, interacción social, atribución de mente, independencia en el autocuidado, juego, solaz, logros académicos y conductas adaptativas a partir de técnicas de modificación de conductas y enseñanzas explícitas sistemáticas, específicas y precisas.

Las dos propuestas pioneras que con distintas variaciones establecieron estas intervenciones, que actualmente se denominan de manera simplificada como "TCC" (Terapias cognitivas conductuales) fueron:

El abordaje ABA (Análisis Conductual Aplicado) propuesto por el Dr. Lovaas (19), basado en el ensayo discreto y el reforzamiento positivo, con intervenciones intensivas y la participación de los padres generalizando las mismas.

Y el método TEACCH² diseñado por el Dr. Schopler, que es un programa de enseñanza estructurada e individualizada que se basa en la organización del espacio, cambio de actividades mediante agendas, sistemas de estudio y trabajo para facilitar el proceso de aprendizaje y la organización del material para estimular la independencia del alumno (para una revisión actualizada del tema se puede revisar 22).

Los abordajes médicos actuales son muy diversos y

² Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Problemas de Comunicación relacionados (traducción de los autores).

buscan en general tener un lugar en el progreso de las habilidades y en la calidad de vida. Además del seguimiento pediátrico preventivo de rutina y el tratamiento de problemas agudos, las intervenciones psicofarmacológicas pueden dirigirse al manejo de las disfunciones del sueño, las conductas agresivas y auto-agresivas refractarias, trastornos psiquiátricos asociados, epilepsia, y otros.

Los denominados tratamientos “biomédicos”, por su parte, se apoyan en diferentes hipótesis fisiopatogénicas del autismo, y se dirigen a mejorar los síntomas a partir de corregir o compensar múltiples y diversos desarreglos bioquímicos y fisiológicos específicos. Incluyen un conjunto de intervenciones, como dietas restrictivas, suplementos dietarios, vitamínicos y minerales, quelación de metales, antibióticos y antifúngicos, esquemas alternativos de vacunación entre muchos otros (ver por ejemplo 27).

No se cuenta en la actualidad con intervenciones farmacológicas que actúen directamente mejorando las habilidades de comunicación o interacción social.

En nuestro país tienen una importante presencia las propuestas psicoanalíticas basadas en una hipótesis del desarrollo del aparato psíquico, ya sea en una detención o una regresión, con estrategias en dispositivos menos estructurados e intervenciones no pautadas (para ejemplos sobre teorizaciones y abordajes psicoanalíticos se pueden consultar 2, 5, 16, 17, 20, 21, 29).

Los abordajes basados en hipótesis de cómo se produce el desarrollo típico de un niño buscan generar situaciones ambientales controladas y de alta motivación en las cuales pueda favorecerse el desarrollo. En el caso del modelo D.I.R.- Floortime el objetivo central es el progreso en la “escalera” de desarrollo, interrumpido o no consolidado en alguna de sus etapas. Muchos de los programas de tratamiento basados en el desarrollo incluyen o son complementarios con otros abordajes y en general están dirigidos a acompañar el avance en el desarrollo funcional emocional como objetivo global del programa.

Hipótesis de la diátesis afectiva

Una de las teorías actuales del desarrollo más reconocida en los últimos años en el campo del autismo y con un cuerpo teórico más amplio es la Hipótesis de la Diátesis Afectiva, que da fundamento al abordaje DIR-Floortime. En el presente trabajo se intentarán delinear los conceptos centrales de la misma.

¿Cómo desarrollan los seres humanos sus habilidades mentales superiores, las de simbolizar y pensar? La hipótesis de la diátesis afectiva intenta describir el proceso a través del cual las experiencias sensoriales y subjetivas básicas sufren transformaciones progresivas hacia una serie de señales interactivas emocionales de compleji-

dad creciente que darán nacimiento a la habilidad de crear símbolos y al pensamiento reflexivo lógico y creativo. La idea de que estas habilidades se desarrollan a través de interacciones naturales de aprendizaje, que si bien son más intensivas en los primeros dos años continúan durante toda la vida, permite plantear un modo de abordaje relacional, que se adapte a los desafíos y el perfil biológico individual de cada persona para ayudarla a consolidar los niveles iniciales de interacción y señalamiento emocional.

Según Greenspan y Shanker, existieron a lo largo de la evolución dos tipos de procesos culturales y de aprendizaje: los que se originaron hace millones de años y fueron transmitidos a través del aprendizaje de generación en generación a lo largo de la evolución, por lo cual son más o menos permanentes y casi universales (como las capacidades de prestar atención, relacionarse o emitir señales emocionales). Y los que son determinados por variaciones en cada individuo y en cada época y que expresan las casi infinitas variaciones en los grupos humanos (como las *formas específicas* en que una persona atiende, se relaciona y emite señales emocionales). La primera involucra procesos de aprendizaje básicos y la segunda involucra contenidos individuales, y las conductas que surgen de estos (8).

Según esta hipótesis, determinadas prácticas culturales son necesarias para el desarrollo de las habilidades reflexivas y el pensamiento simbólico que distinguen al humano de las demás especies³. Estas prácticas se transmiten a través del aprendizaje social en cada nueva generación. En el desarrollo típico, los sistemas que organizan las emociones y el pensamiento lógico se encuentran integrados y las emociones masivas o primarias se transforman sucesivamente en señales emocionales cada vez más sutiles. En el desarrollo atípico sería donde estos sistemas (emocional y racional) mantienen cierta separación.

La conexión entre el nivel cerebral que involucra los circuitos emocionales básicos (sistemas subsimbólicos como los límbicos) y el nivel de las capacidades corticales superiores, sería “modelada” por el intercambio de señales emocionales con otras personas. El niño transforma emociones a través de interacciones de aprendizaje con sus cuidadores primero, luego con su familia ampliada, luego con las instituciones y más tarde con la sociedad en general, desde acciones rígidas primitivas hacia emociones que se vuelven parte de interacciones inteligentes con el mundo para la resolución de problemas sociales y lógicos. Este proceso, tal como lo describen los autores, es el que se intentará resumir en el esquema que sigue.

La codificación emocional de las experiencias

Se considera primero al niño en formación en el útero materno, acomodado en un ambiente protegido en

³ En este aspecto, es interesante notar que se aproxima a la postura de Angel Rivière: “... en la filogenia, las presiones selectivas originadas por pautas de relación intraespecífica jugaron un papel decisivo en la conformación de la inteligencia humana y del modo peculiar de elaborar el conocimiento. La inteligencia humana no puede comprenderse despojada de esa matriz social. “Inteligencia” es el nombre de la memoria emocional” (“Memoria emocional” como proceso de organización jerárquica de experiencias sensoriales pasadas) (25)

el que recibiría alguna información sensorial (auditiva, táctil, rítmica, visual, propioceptiva, etc. resultado de las modificaciones en los receptores sensoriales) e información proveniente de su medio interno (niveles de glucemia, ph de la sangre, estado de las vísceras y de los músculos, etc.). En esta instancia su madre absorbe la mayoría de los intercambios con el ambiente y opera sobre el mismo para conseguir los nutrientes y proteger al bebé en formación.

Al nacer, el niño sale al mundo y empieza a recibir información sensorial mucho más intensa. No nace completamente desprovisto de estrategias para responder, sino que cuenta, como parte de su sistema homeostático básico, con un set de respuestas emocionales programadas genéticamente, en general atadas a programas de acción estereotipados: si se asusta llora, si tiene hambre llora o grita, si siente piel contra los labios succiona, si siente dolor, si se enoja, se irrita o algo lo perturba puede patear o manotear, etc.

Desde el primer día de vida el bebé experimenta interacciones con cuidadores y con el resto del ambiente que irán produciendo procesos vitales de aprendizaje: el contacto con la piel -tacto epicrítico, temperatura-, sonidos rítmicos de la voz o la respiración -audición- sombras, formas, colores -visión-, estímulos vestibulares y propioceptivos -lo levantan, lo hamacan, lo abrazan-, etc.; que asocia en principio a emociones placenteras o displacenteras que ocurren de forma consecuente o concurrente. Las experiencias del niño involucran entonces una doble codificación: a través de sus propiedades físicas (sensoriales y del medio interno) y a través de las reacciones emocionales a estas (a su vez canalizadas por modificaciones motoras o viscerales). Un abrazo se siente apretado y seguro o apretado y peligroso, una superficie puede ser fría y aversiva o fría y agradable, un móvil puede ser colorido e interesante o colorido y alarmante. Por ejemplo la señal que informa "cuidado que hay destrucción de tejido o anoxia o noxas" (a partir de mediadores químicos o físicos en los receptores de dolor) no genera una respuesta como una computadora programada, de manera neutra sino una respuesta emocional. Los patrones de asociación podrían tener la forma de "percibí esto y sentí-me hizo sentir aquello"; una emoción, en términos de reacción del cuerpo, asociado a una percepción del mundo exterior. La sensación es el dolor, la emoción asociada puede ser de mayor o menor sufrimiento. Frente a dos estímulos dolorosos, el nivel de sufrimiento será diferente si se trata por ejemplo de un dolor de parto que de un dolor producido por una puñalada, aunque tengan igual intensidad de descarga eléctrica inicial.

El sistema nervioso central tendría la capacidad innata para diferenciar estímulos y organizarlos en patrones emocionales. Y en el bebé empieza a armar patrones que van siendo cada vez más diferenciados y al repetirse, se

agrupan según la emoción que desencadenan. Algunas asociaciones tienen relación causal y otras son arbitrarias. Pero serán consolidadas en los casos en que se acompañen de respuestas emocionales más intensas.

Este proceso podría esquematizarse de la siguiente manera⁴: la señal proveniente del exterior, un estímulo sensorial, ingresa hacia cada vía nerviosa como modificación del receptor específico de cada modalidad y llega a la corteza sensorial primaria. La corteza sensorial envía información relacionada con la representación neural de los cambios en los receptores sensoriales a través de cortezas de asociación, al sistema límbico, donde según la programación genética y las experiencias previas esa información es valorada como positiva o negativa (desagradable o gratificante). Este sistema descarga, por ejemplo, a través del hipotálamo (descargas secretoras, cambios vasomotores, etc.) a las vísceras y al medio interno, los que sufren modificaciones estructurales y funcionales, que serán leídas nuevamente por los "sentidos internos", y llegarán nuevamente al hipotálamo y a las cortezas con una "valencia" que podemos llamar placer o displacer (como "paisajes" más generales del estado corporal); que eventualmente se registrará en otras áreas de la corteza de manera concurrente con las representaciones del mundo exterior que desencadenaron la activación. Luego se enviarían señales al cerebro anterior generando la respuesta motora muscular, en principio fija, estereotipada; al placer: calma, regulación o al displacer: llanto, desregulación, pateo, etc.

De manera que la acción externa está mediada por los sistemas de programación y monitoreo del cerebro frontal pero también por patrones estereotipados de movimiento desencadenados por el "cerebro visceral". La corteza vuelve a leer continuamente el nuevo paisaje visceral y ahora también los procesos motores generados. Va tomando nota y agrupando las percepciones y acciones en patrones en función de los cambios que producen en los receptores, vías y corteza sensorial pero sobretodo en función de los cambios en el "paisaje" interno a partir de la respuesta límbica; las que causan placer por un lado, las displacenteras por otro.

Entonces los "patrones" o criterios para organizar las experiencias se basan en la textura y gradación emocional, o también se podría decir, en función de los cambios corporales que resultan de las modificaciones de receptores sensoriales, y no en función de las formas, colores o demás características físicas de las sensaciones. En definitiva los aprendizajes (tanto los simples como los más elaborados) estarán texturados emocionalmente. La información de los aspectos físicos del ambiente, puede desencadenar una respuesta pero esta respuesta está intermediada por una emoción. No hay sensación sin emoción asociada. Entonces no son las propiedades físicas del estímulo las que guían la organización en patro-

⁴ Los autores no pretenden hacer una descripción detallada de las áreas anatómicas y mecanismos fisiológicos involucrados sino graficar esquemas generales basados en aquellos, para relacionarlos con la hipótesis planteada. En este resumen se complementaron algunos conceptos con información neurobiológica más específica pero sin aumentar el nivel de detalle para no distraer de la argumentación central.

nes de las experiencias, sino las respuestas emocionales a las mismas. Con la acumulación de experiencias, esas reacciones emocionales irán adquiriendo una gradación de variaciones sutiles interminable. Una reacción emocional básica determinada genéticamente a partir de la selección evolutiva, ya vendría asociada a determinadas percepciones; pero otras experiencias se van asociando a la experiencia previa a partir de su valencia emocional, que con el tiempo va tomando matices. Esas intermediaciones van a permitir la complejización de las respuestas y en definitiva la adaptabilidad al medio.

Calma e interés

Stanley Greenspan propone seis “transformaciones afectivas” que representan los “escalones” básicos para el desarrollo funcional emocional típico.

La primera transformación que describe la hipótesis de la diátesis afectiva consiste en comenzar a ser capaz de regular las respuestas emocionales, calmarse, suspendiendo la respuesta de acción fija y rígida. Esta regulación se logra con la ayuda de los cuidadores y comienza a producirse entre el nacimiento y los 3 meses de edad. Permite progresivamente el interés calmo en las experiencias e intercambios (con su doble codificación, física y emocional) y el armado de patrones, que darán lugar a respuestas más elaboradas a las imágenes, los sonidos, el tacto, el movimiento, etc.

En estos primeros meses los cuidadores ayudan al niño a empezar a aprender a calmarse y mantenerse atento y a partir de esa situación de regulación transformar emociones catastróficas en señales interactivas. Al recibir el niño la respuesta de los cuidadores de forma sistemática frente a sus comienzos de reacción fija, aprende a suspender dicha respuesta estereotipada, dejarla a mitad de camino, en la medida en que la transforma en una señal interactiva (suspender la acción de trepar hacia la comida y transformarla en el signo de estirar los brazos para que lo alcen; suspender la acción de tomar el chupete que está lejos y transformarla en el signo: señalar; suspender el llanto y utilizar solo el rictus de disgusto previo dirigido al cuidador). Ya desde esta etapa está aprendiendo esbozos de patrones de causalidad al sonreír y experimentar que a eso sigue la sonrisa de la madre, al intentar alcanzarla estirando los brazos y sintiendo placer cuando ella lo alza. La causalidad se esboza en las manifestaciones de intersubjetividad primaria, luego se trasladará al mundo físico. Si la madre no decodifica sus aperturas y por lo tanto no responde apropiadamente, el niño probablemente continúe con el llanto o gritos por un tiempo y finalmente se quede cansado y pasivo mirando el móvil sin interés ni placer.

Si las cosas se van sucediendo de manera típica, el intercambio de señales emocionales se va dando por períodos cada vez más largos a partir de que el niño puede regularse y transformar más acciones fijas en más

señales afectivas dirigidas. Mientras tanto continúa el desarrollo de las vías sensoriales y los centros corticales en relación a las experiencias con el mundo que le tocó a su alrededor. Algunas vías nerviosas involucradas en el intercambio emocional se ocupan de la innervación de algunos músculos de la cara para las expresiones faciales y de músculos de la faringe y laringe relacionados con el habla.

Dependencia y apego

El segundo nivel de desarrollo funcional-emocional se relaciona con el apego y la relación con los cuidadores. Como se mencionó antes, a partir de estar regulado, el niño arma patrones de emociones y sensaciones, y las relacionadas con el cuidador (o cuidadores) primario son mayormente placenteras (por ejemplo frente a la emoción negativa –llanto- generada por el descenso de glucemia -hambre – aparece la imagen de fragmentos de mamá asociada a comida y saciedad generando un patrón de gratificación); por lo cual el niño comienza a interesarse en el cuidador cada vez más. La emoción asociada les va dando matices y significados a los estímulos sensoriales de las experiencias, y las relacionadas con imágenes de los cuidadores van repitiéndose con una gama de emociones del lado del placer. Esta segunda transformación afectiva (enganche – apego, que comenzaría entre los 2 y los 5 meses) sentará la base experiencial para enfocarse de manera cálida con otra persona e iniciar interacciones en lugar de estar absorbido en sí mismo o aislado o realizando una acción rígida o repetitiva.

Al proveer los cuidadores imágenes y sonidos placenteros, interesantes e interacciones sosegadoras, facilitan el interés del niño en el mundo - el uso de los sentidos- y el interés en la utilización del sistema motor, por ejemplo al girar a mirar a mamá, motivado por la emoción positiva asociada por repetición al alimento, el calor, el cuidado. El niño va “marcando somáticamente” (asociando con respuestas emocionales de su propio cuerpo) las representaciones del mundo⁵; y también las magnitudes de espacio – cantidad – tiempo. El interés en el mundo físico surge asociado a esas marcas somáticas que permiten el investimento emocional del espacio, los movimientos, los sonidos, etc. Las percepciones de las cosas del mundo se asocian a las interacciones emocionales que tiene el niño cuando las percibe: “Veo tal paisaje con mamá mientras me hamaca o lo veo estando solo con hambre y frío”.

Pero esto lo hacen muchos otros mamíferos. ¿Cuál es la diferencia en el humano que le permite, a partir de este “interés especial” en los intercambios con el cuidador, generar señales interactivas de complejidad creciente? Entre otras, que el cachorro animal nace con el cerebro casi completamente maduro. En muchos casos a las pocas horas se va caminando a buscar qué comer y a los pocos días se las arregla solo y al poco tiempo es

⁵ El concepto de marcador somático fue tomado de (3)

posible que los padres ya ni lo reconozcan, y hasta comipitan para sacarle un pedazo de carroña. El cerebro del cachorro humano se encuentra muy inmaduro, a partir de lo cual el niño no puede trasladarse, ni hacer bien equilibrio, ni vencer la gravedad con su cabeza; aunque sus músculos faciales funcionan relativamente coordinados, lo cual favorece que los utilicen para intercambiar señales y obtener cosas de sus cuidadores. Por esta razón requiere de un *extenso tiempo de dependencia* de los cuidadores, lo que permite un refinamiento creciente de las señales emocionales. Estas se producen y perfeccionan a través de la emisión y lectura mutua de intercambios afectivos, a través de gestos y sonidos para alcanzar las necesidades básicas e interactuar.

Gradualmente, a lo largo de este período de dependencia, el niño no solo suspende las acciones fijas sino que empieza a responder y a generar señales intencionalmente. Las interacciones emocionales recíprocas co-reguladas con las que las partes (niño y cuidador) se influyen constantemente van creando nuevas conductas y significados: el niño se enoja y pone cara de enojado pero antes de que grite y patee la madre lo mira y dice "qué pasa" y lo alza, entonces la ira del niño se suaviza, se sosiega, y mira expectante a su madre y si esta le sonrío él ahora sonrío y la tensión en su cuerpo se disipa. Con la repetición de estos intercambios la expresión de 'enojo' dirigida al cuidador irá reemplazando la respuesta desregulada.

Círculos de comunicación

Entre los 4 y los 10 meses (tercera "transformación afectiva") los niños ya exhiben un rango de expresiones emocionales un poco más amplio que reconoce variantes dentro del displacer y el placer: asco, Ira, irritación, sorpresa, alegría, curiosidad y otros, que pueden usarse para intercambiar señales emocionales a través de expresiones faciales, sonidos, movimientos y acciones de resolución de problemas (guiados por la intención emocional). A través de esta comunicación bidireccional gestual el niño empieza a generar interacciones intencionadas de forma sistemática y cada vez más específica. Paralelamente, cada vez registra mayor diferenciación, mayor organización en patrones de una misma emoción para diferentes percepciones. Aprende a modular la intensidad de sus emociones: a mostrar 'un poco' de irritación, a negociar para obtener lo que quiere, a regular su humor y no explotar en acciones desesperadas. Para esto el sistema motor también debe funcionar apropiadamente; sin el sistema motor no tiene actividad significativa ningún sistema sensorial, y viceversa. De manera que una alteración en alguna de esas áreas podrá interrumpir o desviar los encadenamientos de intercambios de señales emocionales que generarían "significados" compartidos.

En ésta época de rápidas mejorías en la decodificación emocional de ida y vuelta y resolución de problemas es

que la corteza prefrontal y las vías asociadas se desarrollan para facilitar más tarde la habilidad para secuenciar, planificar y regular las emociones. Esto permitirá al niño integrar las diferentes experiencias y conectar las diferentes áreas cerebrales. La motivación de interacción guiaría la sinaptogénesis (generación o refuerzo de conexiones entre neuronas) en estas zonas y su relación con las demás áreas.

Conversaciones gestuales y resolución de problemas sociales

El cuarto nivel del desarrollo funcional emocional es una complejización del anterior a partir del desarrollo de cadenas cada vez más extensas de señales emocionales para la resolución de problemas compartidos (comenzaría aproximadamente entre los 10 y 18 meses). En esta etapa se perfecciona la capacidad de "leer" las intenciones sociales y emocionales de otros, incluyendo las que son respuestas a las propias acciones y expresiones, y la capacidad de actuar en consecuencia. La experiencia del bebé crece y las impresiones sensoriales se vuelven atadas a emociones cada vez más sutiles. El niño va formando un sentido del propósito (que sería un esbozo de self) a partir de la repetición de respuestas consistentes a sus claves en la interacción. Respuestas que consisten no solamente en acciones complejas, también en cambios sutiles en los gestos, entonaciones, posturas corporales, miradas, etc. Estas respuestas le van dejando reconocer patrones (entender qué objetos satisfacen sus necesidades emocionales, qué quiere, los programas de acción involucrados en obtener ese objeto, etc.). Los intercambios se transforman en extensas cadenas de círculos de comunicación.

Hacia los 12-18 meses se consolidan gradualmente la capacidad para coordinar medios y fines (a partir de poder sostener "imágenes" o representaciones mentales de las metas investidas con afectos positivos), la de armar secuencias (después de a viene b y después la contención emocional o la gratificación). El niño tiene que simular en su "mente" la consecuencia final agradable o desagradable del acto que va a realizar y para esa simulación debe 'suprimir o suspender las percepciones actuales'.

En definitiva, el desarrollo del pensamiento puede describirse como la separación progresiva de más y más representaciones "vinculadas" a lo que percibo actualmente, para transformarlas en representaciones separadas de la percepción actual (o "imágenes libres" en términos de Greenspan) que serán el sustrato de los recuerdos, pero también de las metas, de las consecuencias posibles y de las estrategias. Este proceso implica el crecimiento de un "mundo interior de imágenes multisensoriales" conectadas con emociones.

Estos procesos estarían ocurriendo en la mente y el cerebro mientras el niño está gateando por el living o metiéndose la mano entera en la boca. Si observamos

⁶ Para una descripción más completa de las teorías representacionales (representaciones vinculadas, separadas e independientes) y de la teoría de los "simuladores" se puede consultar Gärdenfors 2006 (6).

imágenes funcionales del cerebro de un bebé, por ejemplo a través de tomografía por emisión de positrones (PET), lo que puede observarse es un aumento del metabolismo glucídico (que representa el nivel de actividad aumentado en el área) en la corteza prefrontal entre los 6 y los 12 meses de edad que alcanza un patrón de activación similar al del adulto. Luego sigue aumentando hasta los 4 años (tasas metabólicas más altas).

En el mencionado período además el cerebro total crece aproximadamente de 400 a 900 gramos. Si la corteza prefrontal en general participa en las funciones superiores, ¿por qué muestra tal nivel de actividad en un niño de 10 meses que patalea en la cuna? Lo que se está produciendo son procesos sinaptogénicos a gran escala que implican justamente conexiones entre estructuras del sistema límbico y de la corteza frontal y temporal. Vías que integrarán sistemas pre-simbólicos (que procesan emociones básicas como miedo y ansiedad por ejemplo en núcleos del complejo amigdalino) y las futuras capacidades simbólicas corticales (Inteligencia simbólica, la posibilidad de evaluar la propia conciencia, la sintaxis, la anticipación, la actividad de meta representación y otras, que posibilitarían luego la adquisición del resto de las funciones superiores).

Cuando el niño comienza a coordinar la mirada con la voz de la madre las áreas del cerebro relacionadas con afectos placenteros trabajan conjuntamente con regiones responsables de la mirada y la audición e inclusive con áreas motoras de vocalización (23). En definitiva, las imágenes funcionales muestran la intensa actividad del cerebro, mayor inclusive que la del adulto, mientras los procesos de desarrollo descriptos se van sucediendo. Y dicha actividad representa principalmente la formación de conexiones entre neuronas y entre "mapas neurales". Conexiones que serán "sensorio-afectivo-motoras", organizadas para adaptarse al ambiente que le tocó, estimuladas por las señales interactivas con los cuidadores.

Ideas y palabras

Entre los 18 y los 30 meses, las "representaciones mentales" o (imágenes multisensoriales) que se venían consolidando a partir de sus anclajes emocionales, se van acotando en patrones sutiles y el niño las manipula y acomoda azarosamente en el juego y más tarde, a partir de las respuestas del ambiente, en secuencias y patrones lógicos más "realistas". Sobre la base de los índices (señalamientos, expresiones, gestos, entonaciones, etc.) e íconos, que tenían relación de contigüidad o similitud (respectivamente) con las percepciones y no requerían de convenciones arbitrarias ni de mundo interior complejo, aparecen las ideas y las palabras (símbolos). Este cambio constituiría el quinto nivel de desarrollo funcional emocional.

Para que las experiencias de las etapas previas lleven a la formación de símbolos las respuestas del niño debieron estar co-reguladas, las dos partes (niño y cuidadores/familiares/maestros) iniciando e influenciando a la otra. Y debió establecerse el "principio hedónico" de la comunicación, a partir del cual comunicarse es en sí mismo placentero, probablemente desde que la voz y demás

sonidos producidos por la madre se fueron asociando a la distancia con las experiencias previas placenteras provistas por ella.

La comunicación simbólica implicará atribuir al otro un "mundo interior", atribuir la intención de que le hablen y la comprensión del propio mundo interior.

En esta etapa se comienza a consolidar el uso creativo y lógico de ideas paralelamente al uso significativo de palabras o frases y el juego de ficción interactivo que será característico de la etapa siguiente. Ahora el niño usa las ideas para expresar necesidades y deseos. En este contexto una idea será una "imagen" que fue liberada de su acción fija inmediata (una "representación mental separada") e investida con afecto (a partir de asociaciones con experiencias interactivas) para darle un significado propio. Es una imagen afectiva significativa multisensorial. Aquella "imagen liberada de las respuestas estereotipadas" se fue combinando con nuevas y viejas experiencias y con otros índices y símbolos.

A partir del proceso descrito puede deducirse que no hay significados que no sean emocionales, que no estén asociados a un estado de las vísceras y los músculos (o más bien a muchos estados o "paisajes corporales" que se asociaron a esa imagen multisensorial a lo largo de la vida del niño) ahora representados en mapas neurales (o "representaciones disposicionales" (3) conectados entre sí en forma de patrones de asociación. ¿Qué es para el niño una manzana? El sonido de la palabra (auditivo)- la imagen del color, forma de manzana (visual) – el recuerdo de algo dulce (sabores) – el recuerdo de la casa de la tía (y la respuesta corporal que producía) donde había árboles de manzanas (visual, olfativo tal vez, temperatura) – el juego con los primos (táctil, motor pero también simbólico) – la imagen multisensorial y lingüística de la muerte de su perro cuando el niño comía una manzana – el olor a manzana en el aliento de su hermana, etc. Eso es una manzana entonces para ese niño en particular. Y será otra cosa para los otros. Lo mismo ocurriría con conceptos más complejos: "Lejos" tomará significado en un niño a partir de experiencias previas con por ejemplo algo que estaba "más allá de lo que pude alcanzar con el brazo o con el desplazamiento cuando quise ese algo". Sin esa motivación hacia la gratificación con algo "lejano" no podría ahora dar significado a lo que es la distancia; y algo similar ha de haber ocurrido con la noción de cantidad: "poco" es "menos de lo que esperaba, porque quería más".

El juego simbólico comienza a agregarse a los intercambios "divertidos" más sensorio-motrices. Aquél requiere "imaginar algo que no está", suspender la percepción actual y simultáneamente imaginar una representación "deliberadamente falsa" para actuar como si ese objeto estuviera presente. Lo primordial del juego sensorio-motor es que ejercita patrones de movimiento que después se emplearán en situaciones vitales. De forma similar, el juego simbólico ejercita combinaciones de imaginaciones e ideas, que luego serán utilizadas para estrategias creativas vitales, y que son un modo de construir un mundo interior cada vez más rico. El juego simbólico interactivo representa también un esbozo

de la destreza para reflexionar sobre los mundos interiores propios y de otras personas (18) ¿Puede el niño suspender la percepción de una escoba e “imaginar” un caballo si no siente un afecto importante hacia la idea de cabalgar? Después podrá usar esas “ideas de cosas que no están” para razonamientos abstractos, pero solo si de alguna manera se conectan con algo afectivamente significativo en algún lugar de su cerebro, a lo que se asoció alguna vez en la oscuridad de su pasado.

El niño empieza gradualmente a poder simular “futuros posibles”, utilizando las representaciones separadas (imágenes multisensoriales de percepciones no actuales) lo cual favorecerá la intencionalidad (la orientación de nuestro pensamiento-emoción hacia un fin); por ejemplo: ir a lo de la abuela (activación de diversos mapas neurales asociados a las experiencias ‘condensadas’ en “abuela”) me dio placer muchas veces (patrón) - me sentiré bien la próxima vez que vaya (representación del futuro, imagen multisensorial de algo que aún no ocurrió, una *meta* cargada de afecto, y una representación de mi “self” en esa situación futura): ¡Quiero ir! Como en la metáfora de Paul Valéry, “la intencionalidad es una flecha con una sogá atada que el niño dispara al futuro... y tira de sí mismo hacia ella”.

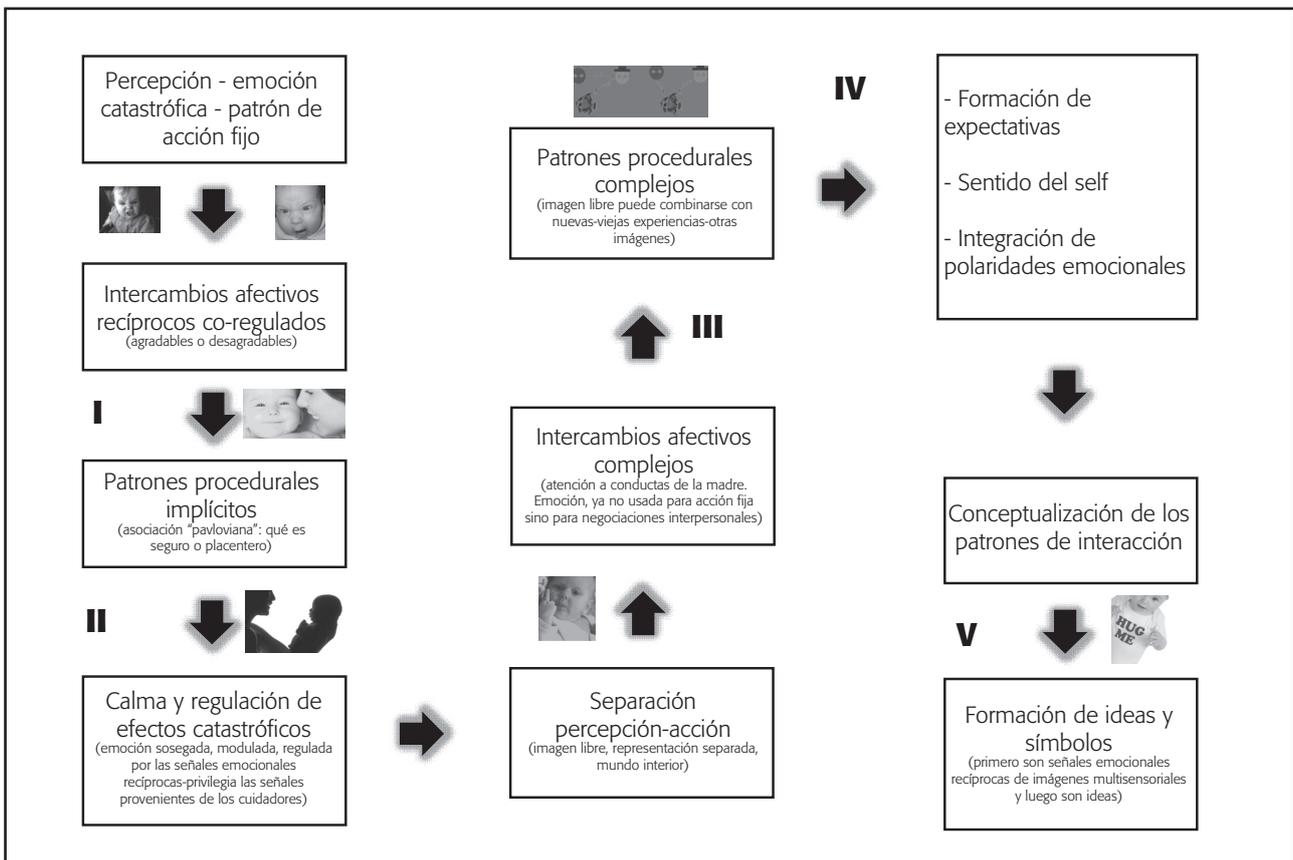
Pensamiento emocional y sentido de la realidad

El desarrollo funcional emocional más complejo todavía está empezando, y continuará durante toda la vida con nuevas transformaciones y etapas. Los intercambios

de señales emocionales se expandirán a la familia ampliada, a los compañeros de jardín y a las maestras, las instituciones y participarán de la cultura de su comunidad; más patrones, más asociaciones sensorio-afectivo-motoras, representaciones neurales más complejas, más “mundo interior”.

El sexto nivel de desarrollo funcional emocional (Greenspan lo describe a los 30-42 meses) se caracteriza por la construcción de puentes lógicos entre las ideas. En esta etapa los puentes (asociaciones) que empiezan a consolidarse no son solo entre diferentes experiencias, sino entre las imágenes afectivas multisensoriales significativas (ideas), en el mundo interior (“quiero salir al patio porque tengo ganas de jugar”). Los intercambios de señales emocionales van tomando la forma de conversación fluida y emocionalmente motivada. El niño comienza a hacer inferencias considerando los sentimientos propios y de otros, considerando también lo que va a sentir en diferentes situaciones hipotéticas en el futuro, lo que percibió y lo que construyó con su imaginación: “Si apago la playstation antes de que entre mamá, ella no se va a enterar, no se va a enojar, y todos contentos tomando la leche”. Y comienza así a tomar decisiones “realistas” y adaptativas.

Según la hipótesis de la diátesis afectiva, la inteligencia será el resultado de la transformación progresiva de las emociones, desde “reacciones globales a sensaciones” hasta el pensamiento reflexivo. De manera que el camino hacia el pensamiento lógico de alto nivel no es a través de la restricción de las emociones, sino a través de la regulación (suspender la reacción catastrófica y canalizar



la emoción hacia el intercambio de señales), diferenciación (armado de patrones emocionales en los que se "anclan" las percepciones) y transformación (etapas de reorganización del mundo interno con cada nueva capacidad funcional emocional) de las emociones. Abajo se resume el proceso en un esquema:

Desarrollo atípico: autismo

En resumen, según esta hipótesis, el desarrollo de la formación de símbolos, del lenguaje y de la inteligencia, está basado en una serie de interacciones emocionales críticas en la primera etapa de la vida. Cuando las seis capacidades básicas descritas en la hipótesis no se dominan de manera típica, las interacciones emocionales tempranas críticas no se consolidarían. Si estas interacciones no ocurren, las habilidades superiores tampoco se desarrollan. La acción sin afecto se vuelve perseverativa, sin sentido o auto estimulatoria. El niño puede no progresar más allá de patrones motores simples si no puede conectarlos con sus emociones y motivaciones. Los primeros pasos de la interacción emocional involucran la capacidad emergente de los niños para experimentar sensaciones de una manera cada vez más texturada afectivamente. El niño usa su emoción para dar intención a sus actos y significado a sus palabras.

A través de múltiples interacciones basadas en el afecto desarrolla habilidades sociales, emocionales e intelectuales de alto nivel. Nuestra experiencia de la realidad se construye a través de la organización de experiencias en patrones neuronales que se "prenden" o "disparan" en forma conjunta. Las primeras experiencias se construyen en torno a dinámicas que mezclan los sentidos, sensaciones, emociones y rudimentos motrices. El cerebro es dependiente de las experiencias para el desarrollo de sus conexiones.

La comunicación emocional y la sintonía afectiva son el medio en el cual se desarrollan las habilidades cognitivas y la habilidad para relacionarse con otros con calidez y placer (confiar y conectarse). En el desarrollo típico, mientras el niño progresa a través del primer año de vida, está continuamente conectando su sistema sensorial, a través de la respuesta emocional, con su sistema motor para darle dirección y propósito; como cuando un niño requiere conectar su deseo o intención a un plan de acción para, por ejemplo, indicar a su cuidador que quiere un juguete. La capacidad descrita para establecer conexiones entre las cualidades físicas y afectivas de las sensaciones y las conductas motoras le permite organizar su conducta en patrones.

La capacidad central y más tempranamente afectada en las personas con TEA es la de conectar las emociones e intenciones con el planeamiento motor y las sensaciones. Las diferencias y desafíos asociados con los TEA se expresarían a través de la afectación de esta conexión sensorial-afectivo-motora. Las dificultades de estas personas para mostrar empatía, para ver el mundo desde la perspectiva de otros, para el

pensamiento abstracto de alto nivel, la reciprocidad emocional, el lenguaje pragmático, las funciones ejecutivas, serían consecuencia de la alteración de esta habilidad temprana para conectar emociones e intenciones al planeamiento motor y a los símbolos emergentes.

Es difícil para un niño ir más allá de patrones motores simples si no puede conectarlo con sus deseos, lo cual a su vez dificultaría el envío de señales hacia sus cuidadores que provoquen interacciones típicas por parte de estos y demás personas de su ambiente inmediato. Su comunicación interactiva intencional no se desarrollará porque no recibirá respuesta de su ambiente, a partir de que sus acciones generan perplejidad, frustración, aún con padres dedicados y competentes. Sin estas experiencias no aprenderá las reglas de las interacciones sociales complejas ni desarrollará un sentido de sí. Para cuando reciba atención profesional, sus accidentados patrones de interacción con sus cuidadores lo habrán excluido de experiencias de aprendizaje importantes, intensificando sus dificultades. La pérdida de conexión y relación intencional lo habrá hecho aislarse y volverse más aleatorio o repetitivo en su actividad motora.

A partir del diagnóstico, surge una nueva oportunidad para intentar comprender y aceptar las características individuales de ese niño o adulto y a partir de ello acompañarlo de manera más adecuada a su perfil atípico, en su desarrollo funcional emocional.

Como se va replicando en múltiples estudios, las dificultades en los niños con trastornos del espectro autista aparecen en los procesamientos que requieren gran demanda de integración de información y coordinación de múltiples sistemas neurales. Mientras que las habilidades conservadas o superiores comparten una dependencia de demandas de bajo procesamiento de información.

El cerebro típico posee un porcentaje importante de corteza asociativa, que funciona coordinando transmodalmente la información. Una interrupción precoz del proceso sinaptogénico antes descrito puede afectar no solo las funciones actuales (de los primeros meses) sino la adquisición de las futuras, al afectar el creciente intercambio de señales emocionales.

El autismo parece ser un trastorno que afecta las cortezas asociativas, tanto sus neuronas como sus proyecciones. Específicamente, parece involucrar la conectividad de larga distancia (23; 7; 30) y dicha afectación estaría correlacionada con la severidad del trastorno (1). Si las conexiones no se realizan adecuadamente resultaría que la conectividad omnipotencial del cerebro podría derivar en sobrecrecimiento de algunas áreas y falta de conexiones críticas. Cada parte crecería por su lado, incorporando la información de una manera desorganizada, descoordinada, no orquestada (23).

Estos hallazgos serían a grandes rasgos compatibles con la hipótesis descrita, a partir de que la apropiada conectividad de larga distancia involucraría la integración de la información de mapas neurales de cortezas

sensoriales, asociativas, prefrontales y las áreas de procesamiento emocional⁷.

Sería posible ayudar a las personas con trastornos del espectro autista a desarrollar las capacidades básicas del desarrollo funcional emocional descriptas favoreciendo y generando experiencias emocionales formativas. Creando situaciones de interacción afectivamente significativas o motivadoras, adecuadas al perfil biológico único de cada niño, utilizando sus intereses y emociones naturales, se lograría facilitar procesos de organización de experiencias (internas y externas). Generando estas situaciones, se podría ayudar al niño con autismo a aprender a usar sus acciones motoras con propósito, intercambiar señales emocionales, conectarse con los otros, y mejorar su planificación motora (para ver detalles de la técnica DIR-Floortime se pueden consultar 10; 9; 11).

Conclusión

Sobre la base de esta teoría, en la que el componente central para impulsar el desarrollo sería la habilidad para canalizar el afecto hacia interacciones que expresen las emociones, deseos o intenciones del niño de manera cada vez más sutil y específica, se estructuró el modelo DIR, sigla que se refiere a los tres conceptos centrales a considerar para promover la consolidación de las capacidades básicas del niño. Estos son: el reconocimiento de la etapa en que se encuentra ese niño en cada área del desarrollo funcional emocional (D), el conocimiento de su perfil individual biológico (I), el cual condiciona el modo de interacción, y la comprensión de los patrones relacionales del niño y sus cuidadores (R). Estos tres factores se encuentran en constante interacción dinámica y serán los que servirán de guía para la organización individualizada del programa de tratamiento ■

⁷ Se describen específicamente: menor conectividad entre corteza medial prefrontal y precúneo, medial prefrontal y cíngulo posterior en comparación con los sujetos control; diferencias estructurales en fascículos de axones temporales; diferencias de conectividad en lóbulo temporal (surco temporal superior, giro fusiforme: áreas importantes para teoría de la mente, procesamiento emocional y lingüístico), déficit en las conexiones fronto-occipitales e incremento en las conexiones de corto alcance en sectores frontales laterales. Además, las propiedades de las redes emergentes (medidas con parámetros estandarizados de dinámica de redes) mostraron menor capacidad de integración, con módulos más independientes entre sí, lo cual implica menor eficacia de la red (1).

Referencias bibliográficas

1. Barttfeld P y col. A big-world network in ASD: dynamical connectivity analysis reflects a deficit in long-range connections and an excess of short-range connections. *Neuropsychologia*. 2011;49(2):254-63. Epub 2010 Nov 24
2. Bettelheim B. La fortaleza vacía. Ed. Laia, Barcelona 1987
3. Damasio AR. Descartes' error. Emotion, reason and the human brain. Ed. Harper Collins Publishers, New York 1994
4. Dhossche DM y Stanfill S. Could ECT be effective in autism? *Medical Hypotheses*, 2004(63):371-6
5. Fendrik, S. "Autismo y psicosis infantil" *Vertex Rev. Arg. De Psiquiat*. Vol. XVI No 62
6. Gärdenfors P. Cómo el homo se convirtió en sapiens. Ed. Espasa Calpe, Madrid, 2006
7. Geschwind D. Autism: searching for coherence. *Biol Psychiatry*. 2007 Nov 1;62(9):949-50
8. Greenspan SI & Sanker SG. The First Idea. How symbols, language and intelligence evolved from our primate ancestors to modern humans. Ed 1st Da Capo Press 2004
9. Greenspan SI & Wieder S. Engaging autism. Using the Floor-time approach to help children relate, communicate and think. Ed. Da Capo Press, Cambridge, Massachusetts, 2006
10. Greenspan SI & Wieder S. The child with special needs. Encouraging intellectual and emotional growth. Ed Perseus Publishing, Cambridge, Massachusetts, 1998
11. Greenspan SI. Infancy and early childhood. The practice of clinical assessment and intervention with emotional and developmental challenges. International Universities Press, Inc., Madison, Connecticut, 3rd ed. 1997
12. Howling P. Outcomes in autism spectrum disorders. In: Volkmar FR, Paul R, Klin A, Cohen D, eds. Handbook of autism and pervasive Developmental Disorders. 3rd ed. Vol II. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2005:201-220
13. Kasari C, Freeman S, Paparella T. Joint attention and symbolic play in young children with autism: a randomized controlled intervention study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47(6):611-20
14. Kouijzer MEJ y col. Long-term effects of neurofeedback treatment in autism. *Research in autism spectrum disorders*, 2009(3):496-501
15. Kuehn BM. Scientists probe oxytocin therapy for social deficits in autism, schizophrenia. *JAMA*. 2011;16;305(7):659-61
16. Laurent E. Lecture critique II, L'autisme et la psychanalyse, Colloque de la Découverte Freudienne, Toulouse 1987
17. Lefort R y Lefort R. El nacimiento del otro. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1995
18. Leslie A. Pretence and representation: the origins of a theory of mind. *Psychological Rev*, 1987,94:84-106
19. Lovaas, I. El niño autista. Editorial Debate, Madrid 1981
20. Mahler M. Psicosis infantil y esquizofrenia: psicosis infantiles autística y simbiótica. En: Estudios 1: Psicosis y otros trabajos. Ed. Paidós, Serie Psicología profunda, N° 95, 1990
21. Mannoni M. Un lugar para vivir. Ed. Crítica, Barcelona 1982; Meltzer y col. Exploraciones en el mundo del autismo. Ed. Payot, París 1980
22. Mesibov GB, Shea V. The TEACCH program in the era of evidence-based practice. *J Autism Dev Disord*. 2010 May;40(5):570-9. PubMed PMID: 19937103
23. Minshew NJ, Williams DL. The new neurobiology of autism: cortex, connectivity, and neuronal organization. *Arch Neurol*. 2007 Jul;64(7):945-50. Review. Erratum in: *Arch Neurol*. 2007; 64(10):1464
24. Myers SM y col. Management of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2007;120:1162-82
25. Riviére A. Tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas. Ed. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, Madrid, 1997
26. Seltzer MM y col. Trajectory of development in adolescents and adults with autism. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2004;10;234-47
27. Shaw W. Biological Treatments for Autism and PDD. Third Edition 2008
28. Tsai SJ. Medical Hypotheses, Correspondence, 2004: doi:10.1016/j.mehy.2004.11.025
29. Tustin F. autismo y psicosis infantil. Ed Paidós, Barcelona, 1987
30. Uddin LQ, Menon V. The anterior insula in autism: under-connected and under-examined. *Neurosci Biobehav Rev*. 2009 Sep;33(8):1198-203. Epub 2009 Jun 16
31. Vaccarino FM y col. Induced pluripotent stem cells: A new tool to confront the challenge of neuropsychiatric disorders. *Neuropharmacology*. 2011 Mar 1. (Epub ahead of print)
32. Yuan TF, Hoff R. Mirror neuron system based therapy for emotional disorders. *Medical Hypotheses*, 2008(71):722-6

Tentativa de suicidio en la adolescencia: relato de una experiencia clínica

Carlos Finkelsztein

Médico Psiquiatra. Jefe del Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA)

Paula Girard

Médica Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA)

Alfredo Job

Médico Psiquiatra. Subjefe del Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA)

Daniel Matusevich

Médico Psiquiatra, Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA)

Introducción

En este artículo desarrollaremos un modelo de trabajo en internación psiquiátrica para adolescentes que realizan tentativas de suicidio a partir del análisis del relato de la historia de una paciente hospitalizada.

Pondremos especial énfasis en los aspectos relacionados con las cuestiones familiares, la desesperanza y la depresión, la aplicación del modelo narrativo a la confección de una historia clínica y la configuración de un encuadre seguro que facilite el desarrollo de la tarea clínica teniendo en cuenta aspectos individuales y vinculares.

Hemos denominado al modelo de internación teorizado por nosotros como Internación Psicodinámica Bre

ve, teniendo en cuenta desde un inicio de la misma la reinserción del paciente en la sociedad para lo cual será necesario abordar al mismo desde un entorno terapéutico facilitador que contemple aspectos biológicos, psicológicos, sociales y antropológicos en la constitución de un espacio de comunidad terapéutica (18).

Desarrollo del proceso

1. Etapa previa a la internación

“...encontré una soga de la cortina tirada y lo primero que se me cruzó por la cabeza fue ahorcarme, no lo había

Resumen

El objetivo de este trabajo es analizar la tarea clínica en una sala de internación de psiquiatría a partir de la narración y el análisis de la historia de una tentativa de suicidio en una paciente adolescente. Se hace hincapié en el abordaje personalizado desde lo individual, familiar y grupal y la planificación del tratamiento a seguir posterior al alta desde una comprensión psicodinámica de la comunidad terapéutica. El trabajo en la internación aguda esta centralizado en la recuperación y reinserción del paciente a su comunidad.

Palabras clave: Tentativas de suicidio - Adolescencia - Internación psiquiátrica - Comunidad terapéutica - Modelo psicodinámico.

SUICIDE ATTEMPT IN THE ADOLESCENCE: A CLINICAL REPORT

Summary

The aim of this paper is to communicate the job in a psychiatric inpatient unit based on the narration and analysis of an adolescent's suicide attempt. We insist on a personalized approach from an individual, familiar, and group point of view and the arrangement of treatment following discharge; all these from a therapeutic community's psychodynamic perspective. The work in the acute hospitalization is focused on the patient's recovery and returning to the community.

Key words: Suicide attempt - Adolescence - Psychiatric Inpatient Unit - Therapeutic Community - Psychodynamic Model.

planeado, la ató a un árbol de la casa de mi abuela y cuando me la ponía en el cuello justo llegó mi mamá”.

Paciente de 16 años de edad, a la cual denominaremos Juana, oriunda de General Pico, provincia de La Pampa, que estando en su casa (donde vive con su madre, abuela materna, y dos hermanos menores) lleva a cabo una tentativa de suicidio sin dejar carta de despedida ni dar aviso previo o posterior a su familia, quienes se encontraban en la misma vivienda.

Posteriormente a dicho episodio permaneció internada durante dos semanas en la sala de internación de psiquiatría de un hospital general donde fue medicada con fluoxetina 10 mg, risperidona 1 mg y lorazepam 1,5 mg/día.

Debido al fracaso del tratamiento y a la carencia de continencia familiar fue derivada a la ciudad de Buenos Aires para continuar su internación psiquiátrica en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

Con anterioridad a la tentativa de suicidio Juana estaba en tratamiento psicológico desde hacía tres meses debido a un episodio depresivo de aproximadamente dos años de evolución que presentó los siguientes síntomas: desesperanza, ideas de muerte, anhedonia, irritabilidad y aislamiento social (había dejado de frecuentar su grupo de amigas debido a que muchas “se habían puesto de novias”).

Los síntomas descriptos con anterioridad ocurren en el contexto de una serie de manifestaciones compatibles con algún modelo de trastorno de la alimentación, como ser: temor a aumentar de peso, restricción y selección alimentaria, abuso crónico de laxantes y diuréticos y auto-provocación del vómito en forma irregular durante los últimos dos años.

Asimismo, a través de las entrevistas y la observación de los comportamientos y las interacciones de la paciente durante la internación quedan en evidencia su trastorno de personalidad: baja tolerancia a la frustración y al abandono, actitud demostrativa, exagerada teatralidad, idealización primitiva, devaluación e identificación proyectiva; a todo esto debemos agregar una importante disociación ideoafectiva que se ponía en evidencia en cada ocasión que nuestra paciente era interrogada.

Un elemento fundamental que definió el cuadro fueron las dos tentativas de suicidio previas: en los últimos cinco meses tuvo dos episodios autoagresivos ingiriendo psicofármacos que pertenecían a su madre, aparentemente sin intención de muerte, siendo internada en la sala de clínica médica.

Decía Juana: “venía mal y me había agarrado como depresión, empecé tomando pastillas para adelgazar y después no me podía controlar y tomaba cualquier pastilla que hubiera por ahí, se las sacaba a mi mamá que también está en tratamiento”.

2. Etapa de internación

A. ENCUADRE

Se le explicitan a la paciente las normas del espacio de internación y se le señalan los recursos con los que

cuenta en caso de la reaparición de las ideas de suicidio, fundamentalmente pedir ayuda a su terapeuta y en caso de que este no se halle presente pedirlo al médico de guardia o al equipo de enfermeros.

La paciente recibió los cuidados correspondientes a aquellas personas que padecen trastornos en la alimentación; con el correr de los días, al evidenciarse que comía gran parte de los alimentos proporcionados, que no vomitaba y que mantenía el peso de ingreso se decidió que pudiera participar de las comidas en el comedor comunitario.

Si bien mostró cierta dificultad al inicio, a lo largo de los días Juana presentó buena adaptación a las normas de la sala.

Se le explican las instancias de trabajo individual y grupal (terapia de grupo, terapia familiar, terapia ocupacional, musicoterapia) tanto a la paciente como a su familia y como estas confluyen en la comprensión integral en la atmósfera de la comunidad terapéutica.

B. TRABAJO INDIVIDUAL

Juana mostró gran dificultad no solo para hablar de sus sentimientos y emociones, sino para poder vincular lo que ocurría con posibles situaciones desencadenantes; luego de varias entrevistas con su madre y con ella pudimos establecer el vínculo cronológico de hechos acontecidos y la aparición de los síntomas.

El inicio de los síntomas alimentarios y del cuadro depresivo tiene lugar dos años después de la muerte del abuelo materno con quien había convivido; existe una coincidencia temporal entre estos hechos y la separación de sus padres. La misma estuvo inmersa en declaraciones de violencia verbal y hechos de violencia física entre ambos padres, para culminar en una tentativa de suicidio de la madre, quien fue oportunamente diagnosticada como depresiva en el contexto de un trastorno de la personalidad.

Los síntomas depresivos de Juana empeoran seis meses atrás, coincidiendo con autoagresiones después de finalizar un noviazgo y de separarse de su grupo de amigos.

El espacio de terapia individual se caracterizó por una lenta pero creciente posibilidad de identificar sentimientos y emociones pudiendo comenzar a hablar de las mismas. En esta línea pudo decir: “a veces llegué a pensar que era por mi culpa que se habían separado y que yo podía hacer algo para que mi papá volviese a casa”. Se trabaja con especial énfasis en sus aspectos escindidos ayudándola a establecer una conexión entre los mismos. En este sentido se puede “ir conectando” con la realidad relatando sentimientos más profundos que colaboran para “integrar” distintos aspectos de su personalidad en torno a su historia, lo cual permite disminuir sus aspectos disociados. Progresivamente, a medida que van emergiendo sentimientos y emociones logra enojarse y se anima a manifestarlo, primero enojándose con su terapeuta y luego pudiendo comenzar a verbalizar afectos negativos también hacia su familia.

Fue medicada con antidepresivos duales, ansiolíticos y neurolépticos en bajas dosis desde el inicio de la internación, sin haber presentado efectos adversos.

C. TRABAJO FAMILIAR

La configuración del espacio de terapia familiar presentó marcadas dificultades: el padre no concurrendo explicando "que no podía ya que le era imposible dejar su trabajo"; la madre se ausentó a varios encuentros manifestando que se sentía "sin fuerzas". Por cuestiones de índole legal, debido a la edad de la paciente, la misma debía estar acompañada de manera permanente por un adulto responsable; el grupo familiar designó a la abuela materna para desempeñar dicha tarea luego de que la madre confesase que el acompañar a Juana en la internación "la superaba".

Al respecto nos decía Juana que se "sentía culpable" de verla "tan agotada" a su mamá: "me siento mal porque mamá tiene que estar acá conmigo en vez de estar allá con mis hermanos y yo no avanzo, el día de mañana no quiero mirar atrás y ver que mis 17 años fueron esto...".

Una característica de las reuniones familiares fue el escaso compromiso evidenciado por el grupo lo que conllevaba una gran dificultad para poder trabajar terapéuticamente los vínculos y las identificaciones.

Algunas de las líneas de trabajo y elaboración fueron las siguientes: trabajo con el equipo parental; positivización y empoderamiento de la figura materna a partir de decodificar con ella las necesidades de su hija; rescate de la figura paterna a partir de elaborar con el mismo cuestiones básicas en referencia a las características de la enfermedad de la hija; desarrollo de la noción de enfermedad familiar (trabajo con el miembro designado); concepto de empatía materno-paterna.

D. TERAPIAS NO VERBALES (TERAPIA OCUPACIONAL, MUSICOTERAPIA, GRUPO DE RECREACIÓN)

Se trabajan las motivaciones respecto al suicidio mostrando su dificultad para reconocer y expresar sentimientos y emociones; estos espacios terapéuticos permitieron que Juana se expresase a través del dibujo más rápidamente que en la terapia verbal. Fue aquí donde pudo llorar la muerte de su abuelo materno así como hablar, a partir de un dibujo realizado, de cómo se sentía "en el medio del campo de batalla de sus dos padres". A partir de una canción elegida por la paciente la misma puede hablar con la musicoterapeuta al finalizar la actividad de la "sensación de abandono" que la embargó luego del divorcio de sus padres, comparándola con la que experimentó luego de la ruptura de la relación de pareja que ella mantuvo.

E. TIEMPO LIBRE

De manera progresiva fue saliendo de su cuarto, donde permanecía gran parte del día en los comienzos del proceso de internación, para comenzar a vincular-

se con las otras personas internadas, a interiorizarse de sus historias y a compartir tanto los espacios libres como los propios de las terapias verbales (terapia grupal) y no verbales (terapia ocupacional, musicoterapia, grupos de recreación). En este sentido, si bien en un comienzo quería comer en su habitación, se fue trabajando la necesidad de incluirse en la rutina del comedor. Lo que en los primeros días de internación fue una participación pasiva, lentamente se transformó en un proceso de interrelación activa con sus compañeros.

F. CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO

Los permisos de salida se desplegaron al ritmo de los cambios producidos en la familia y en la paciente; fueron diseñados teniendo en cuenta la idea de resocialización progresiva en el grupo familiar y con el contexto, complejizándose de forma gradual.

Comenzó con permisos de salida dentro del hospital durante dos días y luego de "sentirse un poco más segura" se decidió ir incorporando permisos en las cercanías durante pocas horas; frente a dicha indicación Juana sentía "temor a cómo iba a estar afuera de la sala sin que los médicos estuviesen por cualquier cosa". Se incorporan los permisos de salida no desde la presión sino desde la necesidad de reinsertarse en su vida. Al igual que cuando se planteó el encuadre de no permitir la autoagresión en la sala, momento en el que se abrió un abanico de opciones de cuidado para la paciente, frente a los permisos se refuerza la idea de que siempre existen de opciones alternativas, descartando las elecciones extremas del estilo "me las tengo que arreglar sola": deberá estar siempre acompañada, podrá regresar a la sala en cualquier momento que lo desee, se trabaja anticipando y normalizando las sensaciones que pudiese llegar a sentir; el "anticiparnos" permite disminuir esta sensación de frustración aportando tranquilidad frente a "lo nuevo".

Paralelamente a los permisos de salida el equipo terapéutico evaluó la necesidad de un tratamiento ambulatorio que diese respuesta a la complejidad que planteaba a paciente y su entorno. Teniendo en cuenta que el camino introspectivo recién comenzaba, a la gran carencia en los vínculos interpersonales que manifestaba y a la mala adherencia a los tratamientos ambulatorios previos se plantea la conveniencia de continuar su tratamiento en Hospital de Día. Juana la se mostraba disconforme, ambivalente y con cierto temor ya que la inclusión de hospital de día significaba la proximidad del alta de la sala.

En nuestra tarea clínica observamos con una cierta frecuencia que estos pacientes y sus familias, debido a que se muestran incapaces de contener el temor y la angustia que les produce el alta, optan por salidas de corte hipomaniaco eligiendo tratamientos que se caracterizan por brindar menor contención que la que necesitan.

Al segundo día de haber comenzado el hospital de día retorno a la sala antes del horario de finalización del mismo presentando ideas de ruina y desesperanza, con un gran monto de ansiedad y angustia. Nos decía, "siento que el tratamiento en Hospital de Día no me sirve, me

veo mal. Quiero volver a Pico, extraño a mi familia y a mis amigos”.

Ese mismo día realiza un episodio autoagresivo, corrándose la muñeca izquierda con un cuchillo de plástico y golpeándose la cabeza contra la pared. La irritabilidad de Juana aumentaba cuando se intentaba hablar con ella y más aun cuando se sugiere llamar a su madre. No aceptaba el acompañamiento ni la medicación vía oral. Manifestó amenazas autoagresivas como: “... les dije que no quiero estar con nadie, sacame a mi abuela de acá, ni la llames a mamá, si me siguen molestando me voy a ahorcar con el duchador del baño”.

G. UNA SITUACIÓN ESPECIAL DEL ENCUADRE: LA CONTENCIÓN FÍSICA

Frente a esta reagudización de las ideas autoagresivas, a la mayor agitación y coincidiendo con la incapacidad de poder resguardar su seguridad por otras vías, ya que no cedía frente a la contención verbal y no aceptaba medicación, se plantea y trabaja respecto a la contención física lo cual fue aceptado por Juana y su familia.

La contención física le brindó a Juana el cuidado y organización necesaria en ese momento, colaborando en la disminución de la disociación ideoaffectiva. Esta mayor tranquilidad le permitió poder organizar y ponerle “límites” a sus ideas y conductas trabajando sobre la emergencia de las mismas. Al respecto decía durante la terapia de grupo, luego de la contención física, frente a los demás pacientes, “estaba fuera de control, si no me hubiesen frenado no se en que hubiese terminado, es como que estaba nublada y si bien todos me trataban de frenar yo no escuchaba a nadie”.

Fue recién cuando estuvo más tranquila que pudo decir: “en realidad no me quiero matar, solo que en esos momentos en que me deprimó tanto pienso que mi vida es una mierda”, agregando, “esto de volver a salir de permiso de salida me asusta; me da mucho miedo volver a estar afuera de acá, no sé qué va a pasar cuando me vaya de alta y tenga que volver a mi vida de antes”.

H. ALTA DE LA SALA DE INTERNACIÓN

Se trabaja vincularmente con Juana y su madre estos temores de ambas partes y se ensayan “posibles soluciones” frente a “posibles temores” que son verbalizados. Se decide reinstaurar rápidamente el hospital de día desde la sala de internación y progresivamente los permisos de salida, con el objeto de evitar en lo posible una regresión en el proceso terapéutico.

Si bien Juana fue adaptándose en forma progresiva al hospital de día y a los permisos de salida más extensos, se creyó conveniente instaurar un esquema de acompañamiento terapéutico durante las tardes con el objetivo de poder ampliar la red de sostén.

Próxima al alta se trabaja especialmente respecto a la profunda y compleja relación con la institución que se estableció durante los cuarenta y cinco días de internación, sus aspectos benéficos y sus cuestiones ambivalentes.

3. Etapa de post- alta / etapa de re-internación

Juana permaneció en Buenos Aires, viviendo en un departamento con su madre y abuela, concurrendo diariamente al Hospital de Día durante los siguientes seis meses; fue mostrando una evolución favorable, sin nuevos episodios autoagresivos. En este contexto plantea en el hospital de día la posibilidad de “ir a visitar a su familiares y amigos a Pico”. Esto fue discutido y aceptado en su tratamiento por lo que pasaría dos semanas en Pico, volviendo luego a retomar su tratamiento.

Concorre muy angustiada a la guardia del hospital diez días más tarde luego de haber realizado un nuevo episodio autoagresivo sin intención de muerte, habiendo ingerido doce comprimidos de la medicación que le pertenecía (aparte de lo que tenía indicado), siendo esta tentativa de menor gravedad respecto a la tentativa previa a la internación anterior. Juana critica fuertemente la tentativa, diciendo: “no sirvo para nada, nada me sale bien, sentía que no podía mas, estaba muy enojada y lo único que quería era volver a Buenos Aires, pero la verdad es que no me quería matar, solo me quería descargar la bronca que sentía”.

Se le indica nuevamente internación, lo que es aceptado tanto por la paciente como por la familia; una vez instalada en el espacio de contención, rápidamente surge el motivo manifiesto de la tentativa: durante esos días conoce a una persona con quien tiene su primer contacto sexual, luego de lo cual, contrariamente a lo que ella creía, él decide no continuar con la relación. Frustrada, nuestra protagonista retorna a Buenos Aires, no sin antes autoagredirse nuevamente.

Frente a un monto de frustración imposible de tramitar, Juana, presa de un importante monto de angustia y ansiedad, comienza a golpearse la cabeza contra la pared refiriendo deseos de terminar con su vida. A poco de andar, la situación se estabiliza a través de la contención verbal y farmacológica y nuestra paciente comienza a ponerle palabras a la situación, llegando a decir que su desazón y su zozobra procedían de la sensación de “haberse sentido usada”; este descubrimiento no tarda en ser ligado con la historia personal ya que pudo traer a la consulta la situación de “...haberme sentido muchas veces así con mamá y papá, yo siempre estaba en el medio de los dos”.

No tarda en retomar el hospital de día, esta vez con una actitud más comprometida, tanto de parte de ella como del grupo familiar; el tratamiento continuo por un lapso de seis meses para luego volver a General Pico, donde es asistida de manera ambulatoria.

Aspectos bibliográficos

1. Estadísticas

El suicidio, un grave problema de salud pública, es la tercer causa de muerte en el mundo entre los 15 y 24 años de edad (8, 26), siendo la conducta suicida la primera causa de internación psiquiátrica en esta franja etaria (22). El suicidio en la adolescencia presenta una

tasa de 10 a 15 casos por 100.000 habitantes (8, 13, 22). La prevalencia de tentativas suicidas es de entre el 3 y el 15 % (19). El 90% de los adolescentes con tentativas de suicidio presentaron una enfermedad psiquiátrica (8).

Si bien los suicidios son más habituales en los varones debido a su mayor agresividad e impulsividad, la ideación y la tentativa son más frecuentes entre las mujeres, quizás debido a su tendencia a internalizar las emociones recurriendo más al pensamiento que a la acción (8). Asimismo, en cuanto a la elección del método suicida, mientras las mujeres eligen los de menor letalidad (pastillas), los varones acceden al uso de métodos más violentos (armas, ahorcamiento) más frecuentemente (8, 23).

Es fundamental evaluar el grado de letalidad de la tentativa suicida (3); en dicho sentido uno de los factores intervinientes es la elección del método suicida. Aproximadamente el 40% de las tentativas de suicidio en adolescentes se realizan por sobredosis farmacológica, el 25% por ahorcamiento, el 25% por flebotomía en muñecas y el resto por otros métodos (2). Un aspecto a tener en cuenta es que los elementos utilizados para realizar el intento de suicidio son obtenidos en el hogar (medicamentos, armas, sogas, cáusticos (2, 3).

No es irrelevante el hecho que las dos tentativas de suicidio previas de Juana son con medicación de su madre. Matusевич y cols. (17) han demostrado la elevada incidencia de tentativas de suicidio en adolescentes realizadas con medicación de sus progenitores (82% aproximadamente). La disponibilidad de los métodos en el suicidio es frecuentemente subestimado, pudiendo ser uno de los factores más fácilmente modificable a través de la prevención (3, 8, 17).

2. Factores de riesgo

Las crisis suicidas son siempre complejas, multisignificadas, con variados factores dinámicos individuales que contribuyen a que se lleve a cabo el mismo; siempre son el resultado de un conjunto diverso de conductas. Se necesita profundizar los motivos individuales que llevaron a la tentativa desde la perspectiva del adolescente ya que al identificarlos se pueden prevenir futuros intentos en caso de estar frente a estresores similares (3, 8).

Los factores de riesgo resultan difíciles de evaluar, motivo por el cual muchos sólo pueden ser reconocidos retrospectivamente. Al igual que en los adultos, comprender los factores de riesgo suicidas no garantiza predicción certera alguna pero colabora para que los terapeutas puedan identificar aquellas personas que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad y permite actuar en consecuencia.

La presencia de una tentativa de suicidio previa es el factor de riesgo más frecuente (2, 3, 10, 11, 16, 22). Los diagnósticos asociados con un mayor peligro suicida son la presencia de un trastorno afectivo (trastorno depresivo mayor, enfermedad bipolar), un trastorno de ansiedad, un trastorno límite de la personalidad, el abuso de sustancias y un trastorno disruptivo de la conducta (3, 8, 9, 10, 14, 16, 22, 25).

El síndrome depresivo en los adolescentes se tien-

den a subdiagnosticar debido a las características clínicas inespecíficas del mismo (irritabilidad o agresividad, mayor impulsividad, aislamiento social, cambio significativo en el comportamiento o funcionamiento escolar, alteraciones en el sueño o apetito) más allá de la desesperanza, síntoma que demostró ser el más significativo en cualquier grupo etario al considerar el riesgo suicida (3, 8, 21, 22). Más aun, se comprobó que sólo el 51% de los adolescentes cursando un cuadro depresivo recibía la medicación apropiada para dicho cuadro clínico (12). Es fundamental poder identificar aquellos casos donde se evidencia importante impulsividad ya que aún tratada la depresión en el caso que la primera persista, el riesgo permanece elevado (3).

Otros factores asociados con mayor riesgo incluyen la baja autoestima, la culpa, la falta de confianza en sí mismo (14) y los abandonos de tratamientos (3). Es frecuente encontrar que aquellos adolescentes que carecen de recursos adaptativos en sus relaciones interpersonales, incursionan en conductas auto destructivas con el objetivo de expresar su hostilidad o buscar la atención de un otro significativo (3).

El abuso sexual ha sido ampliamente asociado a un mayor riesgo suicida lo cual obliga a interrogar sobre esta posibilidad al menor como a los adultos acompañantes (1, 3, 4, 11, 22).

La creciente incidencia de violencia desde edades muy tempranas obligó a considerar al bullying como factor de riesgo suicida en los adolescentes, no sólo a las víctimas del mismo, sino a aquellos que lo ejercen (15).

Los antecedentes familiares de una enfermedad psiquiátrica o episodio autoagresivo son factores de riesgo suicidas significativos (3, 8, 14) más allá de que sean o no conocidos conscientemente por parte de los adolescentes, por lo cual es importante recopilar los datos de la historia clínica en forma exhaustiva con el entorno del adolescente.

Todos los factores mencionados hasta ahora están atravesados por el fuerte impacto que representa un ambiente familiar disfuncional; la pobre comunicación con los padres, los hogares desmembrados o la violencia familiar van marcando el ritmo de cómo se van configurando las diferentes crisis suicidas. En ocasiones el suicidio es un intento desesperado de reunión de la pareja paterna.

El espíritu religioso puede ser vivido de diferentes formas: como factor de presión o como factor de alivio frente a un determinado evento estresante, por lo tanto deberá ser tenido en cuenta ya sea como factor de riesgo o de protección (6, 7). En esta misma línea, la elección sexual (homosexualidad/bisexualidad) puede ser ocultada o no ser bien acogida por el entorno del adolescente lo cual se ha relacionado con un aumento del riesgo (3).

La tentativa suicida en adolescentes es precedida por un desencadenante (finalización en una relación, pérdida significativa, rechazo social o de pares, sentirse humillado), en el colegio o con la ley (3, 8, 14). En este contexto los adolescentes, a diferencia de los adultos, muestran mayor impulsividad, impotencia, desesperanza y estrategias más inmaduras de afrontamiento frente a

estresores con mirada más a corto plazo (8, 14). Más allá de los estresores y del entorno es conocido que los adolescentes con riesgo suicida presentan rigidez y distorsión cognitiva, con pobres estrategias de afrontamiento. La menor capacidad de resolución de problemas, pobre funcionamiento escolar y escasos recursos sociales, aunque no así el coeficiente intelectual, se asoció con mayor riesgo (8).

Por todo lo anteriormente expuesto debemos considerar la significancia de los estresores y factores de riesgo desde la individualidad de la persona teniendo en cuenta sus antecedentes socio-culturales, religiosos, experiencia, nivel de madurez emocional, y recursos intelectuales y psicológicos (1). Los factores de riesgo específicos por sí solos no pueden explicar el acto.

3. Internación psiquiátrica de adolescentes

Frente a la historia relatada, nos parece adecuado reflexionar en torno al lugar que ocupa la internación psiquiátrica en la psiquiatría en general y en este grupo etario en particular. Surgen una serie de cuestiones que consideramos relevantes: ¿se tiene en cuenta la internación como medida de cuidado del paciente y de trabajo en situaciones en las que el entorno no permite que se realice el tratamiento en forma ambulatoria?; ¿se retrasa esta indicación permaneciendo la internación como un último recurso?

Muchos pacientes adolescentes con riesgo suicida, especialmente aquellos con personalidades perturbadas, se presentan muy vulnerables a la hora de mantener relaciones interpersonales significativas como la que se plantea en un vínculo terapéutico (8). En este contexto, muchas veces la instalación de un tratamiento llevado adelante por un equipo terapéutico, ya sea en forma ambulatoria o de internación, se presenta como una oportunidad de evitar males mayores.

La transferencia institucional y los sistemas altamente estructurados, tal cual lo plantea Gunderson, pueden servir de continente de las crisis suicidas más extremas, ofreciéndose como una opción alternativa al clásico trabajo ambulatorio.

Discusión

Previa a la internación de Juana en la sala de psiquiatría queda en evidencia la dificultad del entorno terapéutico y familiar para entender la gravedad del cuadro clínico (episodio depresivo y trastorno de la conducta alimentaria en el contexto de un trastorno de la personalidad) y como éste pudo haber traído futuras consecuencias. La paciente no fue medicada ni internada luego de la tentativa suicida acaecida cinco meses atrás, ella abandona sistemáticamente los distintos tratamientos sugeridos y se hace imposible para los terapeutas caracterizar los cuadros depresivos o trabajar con el grupo familiar.

Respecto de sus antecedentes familiares podemos evidenciar varios que nos obligan a considerar el riesgo sui-

cida: la presencia de violencia familiar entre sus padres, la tentativa de suicidio de su madre y el impacto por la muerte de su abuelo materno con quien convivía.

La complejidad del cuadro asociada a los fracasos terapéuticos anteriores impone la necesidad de instaurar un proceso de hospitalización psiquiátrica con un enfoque de tipo multidisciplinario.

La "sensación de protección" experimentada por la paciente y su familia de alguna manera avalan la indicación, tal vez la única opción de instaurar un tratamiento con un mínimo de sentido y de proteger a Juana.

La internación permitió iniciar un proceso terapéutico con la familia de la paciente; considerando que la disfunción familiar es parte de los factores precipitantes, es imposible pensar en ocuparse de ella sin incluir al grupo de apoyo.

Una estrategia significativa fue la de "ampliar la red": se convoca a la abuela para poder ayudar a su hija a cuidar a su nieta durante la internación; nos comunicamos con el padre explicando la gravedad del cuadro de su hija así como la necesidad imperiosa de su presencia activa en el tratamiento. A partir de ello decidió concurrir los fines de semana, lo cual colaboró con la evolución favorable. Los padres comienzan a realizar terapia individual, como posibilidad para mejorar la continencia de la hija.

Se establecen una serie de recursos para facilitar el alta:

- Acompañamiento permanente las 24 hs.
- Limitar la accesibilidad a los métodos suicidas (protección de balcones, acceso a armas, medicación resguardada).
- Medicación controlada y administrada por un responsable.
- Acompañantes terapéuticos con el objeto de disminuir el desgaste familiar.
- Insistir en relación a la adherencia al Hospital de Día.
- Concurrir a la guardia en caso de reaparición de la ideación suicida.
- Garantizar la disponibilidad hospitalaria de 24 horas.

Nuestro objetivo fue desarrollar nuestro modelo de trabajo, poniendo especial énfasis en las cuestiones clínicas a partir de comprender que dos tentativas suicidas nunca son iguales: entender el significado personal de la tentativa adentrándonos en la historia que el adolescente tiene para contarnos, es el núcleo de cualquier intervención siendo esta la clave para avanzar en una alianza terapéutica. El abordaje adoptando medidas de cuidado en el momento agudo permite brindar la protección necesaria para llevar a cabo el tratamiento de la psicopatología de base contemplando todos los aspectos desde una comprensión multidisciplinaria ■

Referencias bibliográficas

1. Bebbington P, Cooper C. Suicide Attempts, Gender, and Sexual Abuse: Data from the 2000 British Psychiatric Morbidity Survey. *Am J Psychiatry* 2009; 166 (10): 1135-1140.
2. Bella M, Fernández R, Willington J. Depression and the conduct disorder are the most frequent pathologies in child and adolescent suicide attempt. *Arch Argent Pediatr* 2010; 108 (2): 124-129.
3. Brent D. Assessment and Treatment of the Youthful Suicidal Patient in The Clinical Science of Suicide Prevention. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2001; 932: 106-131.
4. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, Haro JM Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *Br J Psychiatry* 2010; 197 (1): 20-7.
5. de la Barra MF, García SR. Impatient psychiatric treatment in children and adolescents. Literature revision. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2009; 47 (3): 228-237.
6. Girard GA. La Adolescencia, edad de riesgo, factores de protección. En: Castellano Barca G, Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM. Medicina de la Adolescencia, Atención Integral. Ergon 2004; 12: 70-75.
7. Girard GA. Espiritualidad: ¿Promueve resiliencia? En: Munist M, Suárez Ojeda EN, Krauskopf D, Silber TJ. Adolescencia y Resiliencia. Ed. Paidós; 2007; cap 8.
8. Goldman S, Beardslee W. Suicide in Children and Adolescents in The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention 1999; 24: 417- 442.
9. Goldston DB, Daniel SS, Erkanli A, Reboussin BA. Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: developmental changes. *J Consult Clin Psychol* 2009; 77 (2): 281-90.
10. Groholt B, Ekeberg O. Prognosis after adolescent suicide attempt: mental health, psychiatric treatment, and suicide attempts in a nine-year follow-up study. *Suicide Life Threat Behav* 2009; 39 (2): 125-36.
11. González-Forteza C, Ramos Lira L, Vignau Brambila L. El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Rev Salud Mental* 2001; 24 (6): 17- 25.
12. Kramer TL, Miller TL, Phillips SD, Robbins JM. Quality of mental health care for depressed adolescents. *Am J Med Qual* 2008; 23 (2): 96-104.
13. Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. World report on violence and health. World Health Organization, Geneva, 2002.
14. Kutcher S, Chechil S. Suicide Risk Management. A Manual for Health Professionals. 2007; 4: 71-79.
15. Luukkonen AH, Räsänen P, Hakko H, Riala K. Bullying behavior is related to suicide attempts but not to self-mutilation among psychiatric inpatient adolescents. *Psychopathology* 2009; 42 (2): 131-8.
16. Maris RW. Suicide. *Lancet* 2002; 360 (9329): 319-26.
17. Matusevich D, Ruiz M, Vairo MC, Finkelsztein C, Job A. Adolescents' suicide attempt with their parent's psychotropic medication: descriptive study. *Vertex* 2006; 17 (70): 446-51.
18. Matusevich D, Ruiz M, Vairo C, Girard P, Rozadilla G, Castagnola G, Job A, Pinto I, Finkelsztein C. Modelo de comunidad terapéutica en internaciones psiquiátricas breves. Estudio Descriptivo de la Unidad Psiquiátrica Dinámica de Internación del Hospital Italiano de Buenos Aires. *Vertex* 2006; 17: 55-64.
19. Meehan PJ, Lamb JA, Salzman LE, O' Carroll PW. Attempted suicide among young adults: progress toward a meaningful estimate of prevalence. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 41-44.
20. Mullen D, Hendren R. El niño o adolescente suicida. En: Parmelle D (ed.). Psiquiatría del niño y el adolescente. 1998; (14) 229-240.
21. Pacheco B, Lizana P, Celhay I. Clinical differences between suicide and non suicide attempter hospitalized adolescents. *Rev Med Chil* 2010; 138 (2): 160-7.
22. Pérez-Olmos I, Rodríguez-Sandoval E, Dussán-Buitrago M, Ayala-Aguilera J. Psychiatric and social characterisation of suicide attempts treated at a children's clinic, 2003-2005. *Rev Salud Pública* 2007; 9 (2).
23. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 339-348.
24. Vairo MC, Ruiz M, Blanco MF, Matusevich D, Finkelsztein C. Suicidal behavior in adolescents. Risk factors (bibliography review and descriptive-analytical study) *Vertex* 2003; 14 (53): 179-89.
25. Vitiello B, Silva SG, Rohde P, Kratochvil CJ, Kennard BD, et al. Suicidal events in the Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS). *J Clin Psychiatry* 2009; 70 (5): 741-7.
26. World Health Organization. Burden of Mental and Behavioral Disorders. The World Health Report, 2001. p. 37-38.



Sante de Sanctis: Las primeras descripciones de psicosis infantiles

Norberto Aldo Conti

Sante de Sanctis nace en 1862 en Umbria, Italia y estudia medicina en la Universidad de Roma en donde se gradúa, en 1886, con una tesis titulada La Afasia. En 1891 ingresa al laboratorio de Anatomía Patológica dirigido por Giovanni Mingazzini y al Hospital Psiquiátrico Santa María de la Piedad y al año siguiente a la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Roma. En 1893 se trasladada a Zurich para estudiar hipnotismo con Forel y de allí a París en donde entra en contacto con figuras como Pierre Marie, Chaslin, Falret y Sèglas, entre otros.

Su inicial interés por el sueño y sus trastornos lo lleva a publicar, en 1896 "El sueño y el dormir en las histeria y la epilepsia", en 1899 "El sueño" y en 1916 "El sueño. Estructura y Dinámica".

Pero el interés principal de su vida profesional está dado por las alteraciones mentales de los niños y adolescentes, el cual lo lleva a la creación de instituciones medico-pedagógicas para la atención de niños anormales, inaugurándose la primera de ellas en Roma el 16 de enero de 1899. En ese contexto Sante de Sanctis lleva adelante un importante y pionero estudio de la gradación de la insuficiencia mental creando un instrumento de medición, conocido como "Test de Sanctis" que anticipa los conceptos de *edad mental* de Binet y Simon y de *coeficiente intelectual* de Stern.

También desarrolla una dilatada actividad docente: en 1901 dicta Psicología Experimental y de 1902 a 1905 Psicología Fisiológica en el Departamento de Fisiología de la Universidad de Roma. En 1907 gana por concurso la Cátedra de Psicología Experimental de la Universidad de Roma que ocupará hasta 1930, finalmente en ese año se hace cargo de la Dirección de la Clínica de Enfermedades mentales de la Universidad de Roma que ocupará hasta su muerte en 1935.

Los textos de Sante de Sanctis que presentamos en esta oportunidad corresponden a su concepción de la demencia precoz o esquizofrenia infantil para la cual acuñó el término *demencia precocísima*, esta entidad clínica es desarrollada por el autor a lo largo de más de veinte años; las primeras referencias, aún un poco confusas en el

entramado de su disección clínica se encuentran en *Sulla psicopatologia delle idee di negazione, Manicomio moderno, Nocera inferiore. Anno XVI. 1900* y posteriormente en *Su alcuni tipi di mentalità inferiore, Annali della R. Clinica psichiatrica di Roma, 1905* en donde afirma: "es para mí cierta la existencia no infrecuente de insuficiencias mentales de la juventud caracterizadas por la sintomatología psíquica más o menos completa de los estados heboides y hebefrénicos... es dudoso si nos encontramos frente a una entidad clínica distinta o a una variedad de frenastenia". Pero será a partir de 1906 que esa nueva entidad clínica por él propuesta tomará forma en una serie de trabajos como son: *Sopra alcune varietà delle demenza precoce, Riv. di Freniatria, vol. XXXII, fasc. I-II. Reggio Emilia, 1906, Demencia praecocissima catatonica o catatonía della prima infanzia?, Bolletin Realle Accademia medica di Roma, XXXIV, 1908, fasc. 4., Ancora sulla demenza precocissima e sulla catatonía dell'infanzia", Boll. R. Accad. med. di Roma, XXXV, 1909, fasc. 1-2., Quadri clinici di Demencia praecox nell'infanzia e nella fanciullezza, Riv. Ital. di Neuropatol. Psichiatr. de Electtroter., vol. II, fasc. III. Catania, 1909.* Mucho tiempo después encontramos su trabajo *Demencia Precocísima, Neuropsichiatría infantil. Patologia e diagnostica. Stock, Roma, 1925, pp. 623-661*, en donde su concepción ya madura de esta afección está impregnada por el modelo bleuleriano de esquizofrenia. Son los dos últimos trabajos aquí señalados los que enmarcamos con esta breve presentación ■



Sante de Sanctis (1862-1935)

Patrones clínicos de la demencia precoz en la infancia y la niñez

Rivista Italiana di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia, 2: 97,1909.

En 1908, me encontré con un nuevo caso de esta psicosis en pacientes ambulatorios en el departamento de enfermedades nerviosas del que fui director. La afección en cuestión puede resumirse brevemente de la siguiente forma.

Un niño de ocho años de edad, hijo de un padre alcohólico impulsivo y una madre que sufre de migrañas. Sano hasta los cinco años de edad. No presentaba irregularidades en el desarrollo físico o psicológico, y el niño era inteligente y dócil. No obstante, a los cinco años de edad comenzó a mostrar cambios en su personalidad e inteligencia. Sus padres dicen que desde ese momento en adelante, y como posible resultado de un golpe en la cabeza (¿?), el niño comenzó a verse perturbado y mostrar conductas insensatas sin motivo aparente alguno. En la escuela comenzó a tener reputación de demente, debido a su conducta insensata. En el examen clínico, su atención era extremadamente vacilante, reía fácilmente y sin motivo y, de cuando en cuando, expresaba ideas extravagantes que abandonaba poco tiempo después. Por momentos se excitaba, hablaba sin cesar, reaccionaba rápidamente y se trepaba a las ventanas, exponiéndose al riesgo de caerse. No obstante, no mostraba irregularidades en la memoria o el habla. Durante el examen más reciente, que realicé personalmente, noté movimientos estereotipados, repetición de palabras y fenómenos catalepticos que no venían acompañados de ningún signo de fatiga. El niño no había concurrido a la escuela en un año, ya que había sido expulsado debido a su deficiencia mental y comportamiento 'demente'. El examen neurológico fue negativo. Sólo los reflejos en la rótula fueron vivaces y su sensibilidad general al dolor se encontraba disminuida.

En este caso, al igual que en casos similares que he observado, mi diagnóstico fue demencia precocísima. Entonces, ¿por qué no diagnosticar debilidad mental? Por dos motivos: a) hemos visto que los casos en los que se cura la demencia precocísima no son infrecuentes, mientras que sabemos con certeza que la debilidad mental jamás se cura, aunque existan casos en los que, como

consecuencia de un tratamiento racional prolongado, esta última disminuya, los pacientes desarrollen cierta capacidad de adaptarse a la vida laboral y se logre cierto progreso razonable en cuanto a conocimientos escolásticos; b) dado que en el presente caso no hay síntomas neurológicos de naturaleza plégica, debemos excluir la deficiencia mental cerebropática y reconocer la deficiencia mental biopática, aunque sabemos que esta afección se presenta antes del tercer o cuarto año de vida y no comienza de forma acelerada como en nuestro caso.

No hay suficiente evidencia para un diagnóstico de estado epiléptico, aunque el paciente a veces es violento e impulsivo.

Sin embargo, debo subrayar que cuando hablamos de demencia precocísima, simplemente estamos usando un término provisorio para referirnos a una enfermedad que muestra síntomas *similares* a los que se encuentran en pacientes con psicosis adolescente y juvenil grave, conocida como *demencia precoz*. Sería prematuro e inútil discutir si el cuadro que estoy describiendo corresponde realmente con el de una demencia precoz. Lo importante en este caso es demostrar que tanto en la infancia como en la niñez temprana existe una verdadera enfermedad mental —que no puede relacionarse con una debilidad mental— que presenta síntomas altamente volátiles similares a los de la demencia precoz en adolescentes y adultos.

Ahora podemos sostener que esta nueva enfermedad mental en los primeros años de vida realmente existe.

Su historia puede resumirse muy brevemente.

En un ensayo que escribí sobre la psicopatología de las ideas de la negación, publicado en 1900, sostuve que "había encontrado cuatro casos verdaderamente extraños de negativismo en pacientes deficientes".

En ese entonces, me estaba dedicando a la comprobación de los síntomas de la demencia precoz que, en algunos casos, se encontraban presentes en los pacientes con debilidad mental. Basé mi descripción del tipo mental vesánico de la debilidad mental (respecto del cual he notado, por cierto, que ahora es reconocido por otros) sobre éstas y otras observaciones subsiguientes.

Más adelante, describí casos de demencia precocísima en varones de seis a ocho años de edad, y el nuevo patrón clínico también fue reconocido por Modena y Weygandt, aunque el segundo optó por definirlo con el nombre menos comprometido de *demencia infantil*. Esta afección también fue confirmada mediante nuevas observaciones del Dr. Costantini en Roma, el Dr. Piazza en Venecia y otros.

El año pasado me dirigí a la Academia Médica de Roma, donde presenté una descripción de una niña catatónica de tres años, junto con fotos de ella en posiciones catalépticas.

Hoy, debo agregar respecto de aquel extraño caso que el curso de la afección confirma el diagnóstico de catatonía (¿demencia precocísima?), ya que la niña no presentó fenómenos relacionados con histeria ni síntomas focales. Hoy está bien, pero continúa mostrando deficiencia mental y fenómenos catatónicos. Sería muy interesante realizar un seguimiento de este caso.

Mientras tanto, he podido descubrir algunos aspectos interesantes de la catalepsia en niños.

Cabe subrayar que Epstein y otros pediatras no han dado la suficiente importancia a ciertos síntomas de la esfera psíquica mientras reunían la historia de estos niños catalépticos, y el resultado fue que dichos casos continuaron siendo curiosidades clínicas.

Sin embargo, en sus notas publicadas en 1908, el Dr. Modigliani, quien tal vez se había enterado de que yo estaba trabajando en un caso similar en ese momento, brindó una descripción precisa de los síntomas psiquiátricos de los pacientes catalépticos con raquitismo. En todos estos pacientes, el Dr. Modigliani observó “letargo, lo que les da una fisonomía altamente distintiva... Todo estímulo relacionado con la expresión de la voluntad es suprimido. La capacidad de iniciativa se encuentra completamente ausente”. Modigliani excluyó la histeria, al igual que lo hizo Epstein con sus pacientes. Con respecto a su relación con el raquitismo, coincidió con el Prof. Concetti acerca de que la catalepsia constituye un fenómeno paralelo al de la alteración ósea, debido, en este último caso, a un proceso infeccioso; no obstante, agregó que, dada la infrecuencia de este fenómeno, debe admitirse un factor personal para explicarlo de forma conveniente.

Epstein ya había notado que “no podemos estar del todo seguros de que dicho fenómeno pueda aparecer en niños sin raquitismo”. Efectivamente, tenía razón. Hoy sabemos que la catalepsia en sí constituye sólo un síntoma que puede encontrarse en una gran variedad de afecciones mórbidas. Brissand observó que el estado cataléptico puede encontrarse en casos de ictericia, fiebre tifoidea, tuberculosis generalizada, meningitis, raquitismo, alcoholismo, delirio alcohólico, etc.

En una gran cantidad de casos se pueden encontrar *actitudes catalépticas*, con hipertonia muscular y ausencia de sensación de fatiga, incluso en el nuevo síndrome neurótico familiar recientemente descrito por Klippel y Monier-Vinard, una enfermedad que afecta el bulbo raquídeo y el cerebelo.

A esta altura, Resulta fácil concluir que entre los casos de raquitismo con catalepsia habrá, sin lugar a dudas, ejemplos mucho más complejos de la afección que estamos describiendo aquí, pero no todos los casos de raquitismo cataléptico y no todos los pacientes catalépticos a los que hace referencia Brissand presentan esta nueva enfermedad.

Hace pocos meses el Dr. Capusso, asistente en la Clínica Pediátrica de Florencia, me escribió para informarme de un caso realmente interesante, en el cual el paciente no presentaba raquitismo, pero sí fenómenos psiquiátricos destacables. Éste último comparó acertadamente este caso con el nuevo patrón que había descrito, y si bien habló acerca del caso en una reunión de la Sección de Pediatría de Toscana en 1906, la clasificó—de manera no del todo incorrecta—como un caso de *enajenación confusional*.

A continuación, describiré el caso del Dr. Capusso, utilizando los mismos términos precisos con los que este último me lo describió a mí.

La paciente es una niña de dos años, con braquicefalia, un cráneo bastante pequeño, una frente estrecha de un lado con inclinación ascendente en ángulo pronunciado, inflamación occipital altamente sobresaliente y abundante inclinación descendente de la cara, especialmente a la altura de las orejas y en la espalda. Concurrió a la clínica (Clínica Pediátrica de Florencia) en 1904 porque sufría de tos ferina. Nació de forma normal, fue amamantada por su madre y hasta aquél momento no había padecido ninguna enfermedad digna de notar, había demostrado crecimiento físico y mental normal y, de hecho, hasta un tanto precoz, dado que a los 14 meses ya podía decir ‘mamá’ y ‘papá’, reconocía a sus hermanos y hermanas, avisaba a sus padres acerca de sus necesidades fisiológicas, etc.

La madre había sufrido escorbuto y el padre era un tanto alcohólico, pero fuera de esto, los padres eran relativamente sanos y normales. Ambos padres eran trabajadores agrícolas.

El abuelo materno había muerto enajenado, tres hermanos de la niña habían muerto de enteritis y tres hermanas vivían y eran sanas.

Luego de aproximadamente dos meses de ser admitida a la clínica y cuando ya casi se había curado de pulmonía bronquial y tos ferina, comenzó a tener dificultades para pararse, no hablaba y tomó apariencia de idiotez, adoptando la boca una posición que se asemejaba a la del hocico de un animal. Frecuentemente repetía los sonidos ‘aaa’ y ‘ooo’. Resultaba difícil captar su atención. Durante la mitad del día, permanecía acurrucada en la cama con expresión de incertidumbre mirando en una u otra dirección, o con la mirada fija en un punto por hasta media hora de corrido.

Por momentos se paraba repentinamente y comenzaba a emitir sonidos de temor y angustia, y luego se calmaba gradualmente. Esto solía suceder durante la noche luego de haber estado durmiendo tranquilamente. Estos episodios no tenían causa aparente. Rechazaba seguido la comida y rara vez comía por iniciativa propia. A veces comenzaba a comer y repentinamente tiraba la cuchara

y se rehusaba a seguir comiendo, aun cuando la comida anterior había sido seis u ocho horas antes. Sus manos y extremidades mostraban un cierto grado de rigidez. Sin importar la posición en la que se le acomodaba las manos y extremidades, aunque fuera en posiciones contrarias a las leyes de la gravedad, permanecía en esa posición durante varios minutos (8-10).

Lo mismo sucedía con los dedos. Por momentos, su temperatura corporal descendía a 35,2° ó 35,4°. Cuando se le tomaba el brazo y se lo elevaba con fuerza, seguía el movimiento con los ojos y permanecía en esa posición con el brazo levantado. Por momentos sudaba abundantemente.

Tras un examen objetivo, no se encontró parálisis en los músculos ni atrofia alguna. Su reacción eléctrica era normal. Sus pupilas estaban algo dilatadas pero reaccionaban bien a la luz, sus ojos se movían en todas direcciones, y sus reflejos corneales eran normales. Examen de fondo de ojos negativo.

Reflejos normales a nivel cutáneo. Reflejos rotulianos extremadamente animados. No presentaba clonus del pie ni fenómeno de Babinski.

Cuando se intentaba ayudar a la niña a que se pare, por lo general se rehusaba a cooperar, gritaba, lloraba, doblaba las piernas con los pies extendidos en posición equina, de forma tal que, de intentar hacerle dar algunos pasos, tocaba el piso con las puntas de los pies.

Todos estos signos desaparecieron al cabo de unos cinco meses, cuando comenzaron a alternar períodos de mejora y períodos de empeoramiento.

Volví a ver a la niña, escribió el Dr. Capusso, hace algunos días, aproximadamente tres años y medio luego de que se fue de la clínica. Se encuentra perfectamente normal en todo sentido. Según sus padres, ha permanecido sana durante todo este tiempo, sin ningún signo mínimo de desorden psiquiátrico.

El Dr. Capusso concluyó que la paciente comenzó a mostrar debilidad luego de sufrir tos ferina, hasta el punto de la desaparición casi completa de sus facultades mentales, con estupor, flojedad en los músculos, modificada mediante estímulo mecánico (al ser golpeada suavemente con un martillo) y precedida en ocasiones por un cierto nivel de resistencia, fenómenos de negativismo, alucinaciones visuales (creo que los ataques de pánico diurnos y nocturnos pueden ser atribuibles a éstas últimas), disminución temporaria de la temperatura, falta de modulación en el habla, disturbio variable en la inervación de las pupilas, pupilas que reaccionan adecuadamente a la luz, pero con tendencia a la midriasis y, finalmente, reflejos rotulianos desmesurados con integridad de reflejos cutáneos. Todos estos fenómenos desaparecieron cinco meses luego de su aparición y no han vuelto a ocurrir.

Considero que este ataque de estupor es, sin lugar a dudas, idéntico al caso que la escuela de Kraepelin catalogó como demencia catatónica precoz.

Donde sí existen dudas, como lo he afirmado en mi segundo comunicado a la Academia de Roma, es respecto de si ciertos casos de catatonía se encuentran o no relacionados con la *demencia precoz* de Kraepelin. Ya he

dicho que la expresión *demencia precocísima* fue provisoriamente justificada sólo por el hecho de que la mayoría de los alienistas, que siguen a Kraepelin, consideran que la catatonía *siempre* se vincula con la demencia precoz. Por lo tanto, al usar esta expresión, no tuve (ni tengo sobre todo ahora) la intención de adherirme a dicha opinión.

A esta altura, sólo buscamos concluir que, en la primera y segunda infancia y en la niñez, no son infrecuentes los casos de patrones psicopáticos que no pueden asociarse con una deficiencia mental, histeria, epilepsia o intoxicación exógena. Estos patrones son *similares* a los descritos por los seguidores de Kraepelin bajo el término de *demencia precoz* en adolescentes y adultos.

Hasta el momento, se han observado los siguientes patrones:

1. Caso agudo y curable de catatonía con estupor, negativismo, falta de modulación en el habla, catalepsia y alucinaciones (el caso del Dr. Capusso).

2. Casos curables y subagudos de catatonía con letargo percibido, apatía, negativismo y catalepsia (los casos del Dr. Modigliani).

3. Casos crónicos de catatonía, de evolución incierta, con una deficiencia intelectual evidente (el caso que presenté por mi cuenta en la Academia Médica de Roma en mi primer comunicado).

4. Casos crónicos de hebrefenia-catatonía, capaces de mejora, pero con déficit intelectual relativamente estable, estereotipos, conductas insensatas, incoherencia, negativismo (caso que describí en el memorándum titulado "Sobre algunas variedades de la demencia precoz [On some varieties of dementia praecox]" y el segundo caso de Costantini, ambos con mejora).

5. Casos crónicos mixtos, en los que se puede observar, junto con un déficit estable, falta de afecto, conductas insensatas, ideas extravagantes, excitación, perseverancia en los movimientos y actitudes, espíritu contradictorio (un caso nuevo que describí ante la Academia Médica de Roma en mi tercer comunicado).

Las causas de estos patrones mórbidos conocidas hasta el momento son:

1. Predisposición hereditaria, especialmente con alcoholismo en los padres.

2. Enfermedad aguda crónica o tóxica como tos ferina (el caso del Dr. Capusso), infecciones intestinales (casos 1 y 3 del Dr. Modigliani), pleuresía (caso 2 del Dr. Modigliani), raquitismo (casos del Dr. Epstein y otros) y trauma psíquico (mi caso).

3. Sin enfermedad, pero con causas inherentes al desarrollo mismo (caso 2 del Dr. Costantini y algunos de mis casos).

Es altamente probable que todos estos patrones no correspondan de ninguna manera a la misma clase de enfermedad. Únicamente de forma provisoria, las clasificaremos bajo una única categoría, mientras esperamos confirmación de nuestras observaciones por parte de terceros. El trabajo necesario para diferenciarlas se realizará en una fecha posterior ■

Demencia Precocísima

Neuropsychiatria infantile. Patologia e diagnostica. Stock, Roma, 1925, pp. 623-661.

Los niños esquizofrénicos constituyen realmente un caso de sujetos psíquicamente disociados, al igual que todos los pacientes que realmente sufren de demencia precoz. Presentan vacilación patológica de la atención e interrupciones genuinas de sus capacidades mentales. Esto es lo que los alemanes han definido como "*Sperrung*" (bloqueo). Los deficientes mentales presentan mayor estabilidad en su déficit, mientras que los esquizofrénicos pueden parecer normales por momentos e idiotas por otros. ¿Se trata de una parálisis intermitente en la atención? Esto parece altamente probable. El comportamiento de los niños esquizofrénicos es menos uniforme que el de los débiles mentales, debido precisamente a los desordenes psicosensores. Además, muestran mayor apatía (aplanamiento afectivo) que los débiles mentales. Para un diagnóstico diferencial, el médico debe, ante todo, monitorear el curso. Los pacientes que realmente son débiles mentales muestran afecciones estables o cuasi estables desde un punto de vista puramente intelectual. Por otro lado, el curso de la esquizofrenia presenta una tendencia mucho mayor a la remisión, pero al mismo tiempo es progresivo desde un punto de vista puramente intelectual. A pesar de las variaciones extremadamente significativas en el nivel mental y las conductas, el paciente realmente esquizofrénico evoluciona hacia un déficit intelectual constantemente en aumento. Además, presenta un mayor desequilibrio en el sistema simpático, sensibilidad visceral y coanestesia que los débiles mentales, pero no presenta síntomas significativos a nivel de la actividad motriz voluntaria y la sensibilidad tegumentaria.

Los niños realmente esquizofrénicos tienen mayores similitudes con los psicoasténicos (constitucionales) que con los débiles mentales. Debemos admitir que muchas veces resulta difícil distinguir esta afección de la psicastenia en adolescentes, y éste es el caso muchas veces en los niños. Nos encontramos con niños o niñas con crisis caprichosas, agitación completamen-

te desproporcional, fobias extrañas y tics nerviosos. Los padres dicen que están en una "mala etapa", pero si indagamos más profundamente, descubrimos que a estos niños "caprichosos" no les está yendo bien en la escuela y que tienden a ser sucios y, sobre todo, a actuar en forma extravagante. Por momentos, estos casos nos hacen dudar, pero el diagnóstico siempre se vuelve claro con el tiempo. En una gran cantidad de casos, luego de dos o tres años vemos que emerge el negativismo, la apatía aguda y la incapacidad escolar. En ese momento, el diagnóstico de demencia precocísima se torna altamente probable. Más raramente, observamos desordenes psicosexuales, tales como el sadismo y las alucinaciones, que hacen que el diagnóstico sea aún más evidente.

La verdad es que existen algunos niños diagnosticados con psicoanalista o psicodegeneración, o histeria, quienes, con o sin síntomas de psicastenia e histeria, presentan rasgos esquizoides claros. ¿Se trata de rasgos esquizoides o del inicio de una "*demencia precoz hebefrénica*"? No es posible saberlo siempre. De hecho, se han observado sujetos con "rasgos esquizoides" ya durante la infancia que continúan en la adolescencia y permanecen constantes durante los estudios universitarios, y no llegan a relacionarse en absoluto con una esquizofrenia genuina. No es improbable que en sujetos con rasgos esquizoides anormales se descubra más adelante el desarrollo de una nueva neurosis o psicosis no relacionada en lo absoluto con una esquizofrenia real. Recientemente, hemos observado un caso de este tipo en una joven. Se trataba de una mujer de 19 años de edad con psicopatía neurológica y tuberculosa hereditaria. Desde los siete años de edad, presentó una alta tendencia a la melancolía, con crisis de llantos y fantasías eróticas y místicas. Desde ese momento en adelante, sus pensamientos y deseos fueron dominados por verdaderas ideas fijas. Esta situación nunca cambió, aunque su desarrollo físico y mental fue normal; completó sus estudios y pudo redactar compo-

ciones bien argumentadas en forma elegante. Cuando la vimos, observamos su estado habitual de tristeza, una tendencia a distraerse fácilmente y al misticismo romántico, ideas morbosas obsesivas, tendencias sádicas y ciertos movimientos estereotipados al igual que manos frías y húmedas que muchas veces eran subcianóticas. Sin embargo, pudimos excluir déficit intelectual real y alucinaciones. El diagnóstico fue *psicastenia* (constitucional) severa en etapa obsesiva. *Carácter esquizoide* (o esquizotimia).

A decir verdad, en casos de este tipo, debemos agregar sin embargo que (luego de tomar nota suficiente en cinco o seis casos) siempre existe el temor a la emergencia tardía de "*demencia simple*". En tales casos, sería incorrecto hablar de esquizo-astenia, ya que tal resultado demostraría la naturaleza esquizoide del patrón original.

En tal caso, la forma crónica pero atenuada o incluso dudosa de la demencia precocísima (más allá de las formas catatónicas o alucinatorias, ya que éstas son muy raras) son de gran interés. Tal vez más frecuentes son los estados heboides y la hebefrenia atenuada, con pereza, puerilidad, conducta extraña, muecas, cuidado excesivo en la vestimenta y en los gustos en general, conductas inmorales o incontrolablemente corruptas. Sin embargo, frecuentemente nos encontramos con niños con ideas raras y extrañas acerca de sus familias y de ellos mismos, con ataques repentinos de depresión seguidos de ideas hipocondríacas y una tendencia al suicidio o al escape. Otros presentan mal humor persistente, odio hacia sus padres o apatía y masturbación repetida. Estos niños no muestran de ninguna manera signos de decadencia mental -estudian poco y no progresan en la escuela, pero parecen inteligentes y capaces, al punto de que buscan trabajo lo antes posible para poder dejar sus estudios. En casos como éstos, la situación continúa por lo general durante la pubertad, que es cuando aparece el déficit. Los pacientes se tornan apáticos, extravagantes, sucios, sin dignidad y se adaptan dentro de sus familias como seres inferiores. En otros casos, podemos ver una mezcla de síntomas neuro-psicoasténicos y paranoicos, que incrementan muchísimo a los 12 ó 13 años, en cuyo momento, o poco después, vemos signos de déficit psíquico estable. Por momentos, estos síntomas, acompañados de apatía, aplanamiento afectivo, rechazo de comida, impulsos y estereotipos, tienen un curso intermitente. Pero nunca hemos visto que los niños vuelvan a un estado lo suficientemente

normal como para sostener un trabajo estable.

Los rasgos esquizoides que erróneamente llevan al psiquiatra a diagnosticar demencia precocísima se conocen desde hace un mucho tiempo. Hace varios años, los definimos como mentalitis vesánica y muchos médicos en los hospitales de Roma, Torino, Alejandría, el Instituto Técnico de Enseñanza Médica de Torino y demás concuerdan con nosotros en el uso de este término. Sin embargo, debemos confesar que, en la mayoría de los casos, es difícil distinguir entre la *mentalitis vesánica* en casos de deficiencia mental y la demencia precocísima. La '*mentalitis vesánica*', con o sin síntomas catatónicos o paranoicos, puede encontrarse en enfermedades que son bastante diferentes de la demencia precocísima, y no sólo en casos de deficiencia mental, sino también de epilepsia, histeria y psicosis orgánica.

No siempre resulta fácil la distinción diagnóstica entre la mentalitis vesánica o los rasgos esquizoides, por un lado, y la demencia precocísima, por el otro. Se trata de casos de niños y jóvenes en los que el déficit mental está tan colmado o disimulado por la mentalidad vesánica (es decir, síntomas esquizoides) que deja al médico con dudas considerables.

Todos los alienistas que han descripto casos de demencia precocísima se han precipitado dentro del área de la patogénesis. No podemos concluir exitosamente lo mismo, ya que la falta de claridad sobre este punto es mucho más importante de lo que creemos. De hecho, no estamos seguros de nada. Debemos tener el coraje de confesar que hay considerar la demencia precocísima y la demencia precoz en general como un grupo de síndromes y no como una unidad patogénica. Todos los críticos de Kraepelin, y al final el mismo Kraepelin, han confesado esto. Es cierto que Kraepelin sostuvo que los síndromes de demencia precoz tienen en común la demencia terminal rápida, pero ni siquiera este último factor ha sido confirmado. Esto constituye una prueba adicional de los riesgos que conlleva la adopción de tendencias unicistas en la psiquiatría clínica. Hoy, la controversia acerca de la demencia precoz de Kraepelin o la esquizofrenia de Bleuler se ha tornado inútil. Todos concuerdan que si seguimos hablando de demencia precocísima, lo hacemos únicamente con el objetivo de encontrar una base común en la observación clínica. Por el momento, dicha base común consiste en tres criterios -analogía sintomática con la demencia precoz, edad y patogénesis endógena ■



Asociación Argentina de Psiquiatría
Infanto Juvenil y Profesiones Afines

INVITA AL

XVIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE FLAPIA

FEDERACION LATINOAMERICANA DE PSIQUIATRIA
DE LA INFANCIA, LA ADOLESCENCIA, LA FAMILIA Y
PROFESIONES AFINES



2 y 3 de Junio de 2011

Buenos Aires - Argentina

Asociación Médica Argentina (AMA) (Av. Santa Fe 1171)

"Revisando nuestra práctica: Nuevos Desafíos"

TEMAS PRELIMINARES:

- Política, Sociedad y Salud Mental
 - Interdisciplina en Salud Mental
 - Trastornos Psiquiátricos y Psicopatológicos en Niños, Adolescentes y sus Familias
 - Dispositivos de Promoción y Prevención en Salud Mental
 - Abordajes Terapéuticos, Psicoterapia, Psicofarmacología
 - Dispositivos Asistenciales
-

Informes: flapia@bayfem.com.ar
(5411) 4952-4689 (15-5151-1401)

Organiza:



www.aapi.org.ar