



INSTITUTO NACIONAL
DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE

Información

Clínica

Volumen 16

Número 12

Diciembre 2005

La relación entre el suicidio y la afiliación religiosa

■ Las tasas de suicidio son menores en culturas y sociedades religiosas en comparación con las que no tienen esta característica. Algunas de estas diferencias quizá se deban a la disminución de los informes sobre suicidio en países religiosos debido al estigma que esto conlleva. Sin embargo, parte de esta diferencia quizá refleje una tendencia real. No se sabe si la asociación negativa entre religión y suicidio se deba a sus beneficios de integración o a las normas religiosas que prohíben los comportamientos suicidas. En su mayoría los estudios previos han sido epidemiológicos y han investigado la asociación entre suicidio consumado y religión. En un estudio reciente se examinaron los factores asociados con la afiliación y la no afiliación religiosa en una muestra de pacientes deprimidos hospitalizados, considerados con alto riesgo de intento de suicidio. La hipótesis propuesta fue que los pacientes religiosos aducirían más objeciones morales para el suicidio. Hasta donde se sabe, este es el primer estudio en investigar la relación entre afiliación religiosa e intentos de suicidio en una muestra clínica.

Se incluyó a 371 pacientes hospitalizados en dos instituciones psiquiátricas en los Estados Unidos de Norteamérica, con criterios diagnósticos de un episodio depresivo mayor actual, de acuerdo con el DSM-III-R. Se excluyó a aquellos con abuso actual de sustancias psicoactivas o de alcohol, con presencia de enfermedades neurológicas o con otras enfermedades médicas sin un control adecuado. Los diagnósticos psiquiátricos se determinaron por medio de la aplicación de una entrevista clínica estructurada. Los síntomas y su severidad, se valoraron con la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica, la Escala de Valoración Global, la Escala de Hamilton para Depresión y la Escala de Beck tanto para Depresión como para Desesperanza. También se valoraron la historia de agresión, hostilidad e impulsividad, los sucesos estresantes en la vida y la historia de intentos de suicidio. El Inventario de Razones para Vivir fue aplicado para valorar los factores protectores. El análisis de correlación de Pearson así como las pruebas *t* y *chi* cuadrada se emplearon para identificar variables correlacionadas. Con el fin de investigar si las objeciones morales para el suicidio mediaban la relación

entre el comportamiento suicida y la afiliación religiosa, se utilizó un procedimiento de tres pasos: 1) se examinó la asociación entre afiliación religiosa e intento de suicidio y asimismo si la magnitud de esta asociación se redujo cuando las objeciones morales para el suicidio fueron controladas estadísticamente. 2) Se investigó si la afiliación religiosa estuvo asociada con objeciones morales para el suicidio. 3) Se determinó si las objeciones morales para el suicidio se relacionaron con intentos de suicidio después de que la afiliación religiosa fue controlada estadísticamente.

Un total de 295 pacientes (79.5%) presentó diagnóstico de trastorno depresivo mayor y a 76 (20.5%) se les diagnosticó trastorno bipolar, episodio actual depresivo. De todos los pacientes, 189 (50.8%) presentaban historia de intento de suicidio. Entre los que documentaron una afiliación religiosa (N = 305), la denominación específica a la que pertenecieron fue: 125 al catolicismo (41%), 87 al protestantismo (28.5%), 53 al judaísmo (17.4%) y 40 a otras religiones (13.1%). Los pacientes sin afiliación religiosa presentaron con más frecuencia historia de

Contenido

La relación entre el suicidio y la afiliación religiosa	67
La neurobiología de las adicciones y su impacto en las políticas de salud pública y en la educación	68
Criterios diagnósticos para los trastornos de la personalidad esquizotípica, límite, evitativa y obsesiva compulsiva: prevalencia y estabilidad	69
Los trastornos de ansiedad y el riesgo de suicidio	70
Los estudios de imágenes cerebrales en la etiología del autismo	71

intentos de suicidio, así como más probabilidades de tener familiares de primer grado con antecedentes de suicidio. Las puntuaciones en tres subescalas del Inventario de Razones para Vivir (responsabilidad ante la familia $t = 3.1$; $p = 0.002$, preocupación por los hijos $t = 2.6$; $p = 0.008$ y objeciones morales para el suicidio $t = 4.7$; $p < 0.001$) fueron más altas en el grupo con afiliación religiosa. Un estudio de regresión logística mostró que la edad, pero no el estado civil, la paternidad ni el tiempo dedicado a la familia, estuvo significativamente asociada con el intento de suicidio. Con respecto a las variables clínicas, sólo la historia de agresión y las responsabilidades para con la familia estuvieron asociadas significativamente con el intento de suicidio. Asimismo se cumplieron las tres condiciones estipuladas para determinar si las objeciones morales mediaban la relación entre la afiliación religiosa y el intento de suicidio: 1) La afiliación religiosa fue asociada significativamente con las objeciones morales para el suicidio. 2) Las objeciones morales para el suicidio se asociaron significativamente con el intento de suicidio cuando se controló estadísticamente la afiliación religiosa. 3) La asociación entre afiliación religiosa e intento de suicidio no permaneció como significativa cuando las objeciones morales para el suicidio fueron controladas estadísticamente.

Este estudio es una aportación importante para la comprensión más humana del fenómeno del suicidio. Es indudable que el interés en los aspectos religiosos y en los sistemas de creencias morales de los pacientes psiquiátricos está justamente fundamentado. Ha sido un campo poco abordado científicamente y por lo tanto, en muchas ocasiones, desapercibido por el clínico en su práctica. La religiosidad es un aspecto sobresaliente y complejo de la cultura humana, relativamente ignorado en los modelos biopsicosociales de la psicopatología. Se ha documentado que la religiosidad está asociada con menor hostilidad, menos episodios de ira y menor agresividad, lo cual concuerda con los hallazgos de este estudio. Por lo tanto, la afiliación religiosa quizá afecta el comportamiento suicida de dos formas: disminuyendo los niveles de agresión y mediante las objeciones morales para el suicidio. Los principios religiosos promueven los lazos sociales y reducen la enajenación. Se han encontrado lazos familiares más débiles en sujetos sin afiliación religiosa, y los miembros de la familia se caracterizan por ser más propensos a requerir apoyo y consuelo emocional. De este modo, la adhesión a una base de creencias religiosas parece ser un factor muy importante contra el comportamiento suicida, más que la cohesión social por sí misma. La práctica psiquiátrica se puede mejorar si el entendimiento del papel que juegan las creencias religiosas en la salud mental y en la adaptación se integra a la investigación y a la práctica clínica. Aunque es insuficiente la atención a las actitudes religiosas de los pacientes, considerada por los psiquiatras en general, el apoyo orientado a su propia religión podría ser un recurso adicional en los tratamientos psiquiátricos y psicoterapéuticos contra el suicidio. Estos hallazgos, por otra parte, sugieren que en cierto tipo de pacientes con riesgo

suicida, es necesario apuntalar las intervenciones terapéuticas dirigidas a prevenir el riesgo de que se produzcan daño. De esta manera, que el terapeuta apoye las creencias religiosas que los pacientes consideran útiles para enfrentarse a situaciones de estrés, puede ser un arma en apoyo del proceso psicoterapéutico dirigido a la prevención del suicidio.

(Mauricio Leija Esparza)

Bibliografía

DERVIC K, OQUENDO MA, GRUNEBAU MF y cols.: Religious affiliation and suicide attempt. *Am J Psychiatry*, 161: 2303-2308, 2004.

La neurobiología de las adicciones y su impacto en las políticas de salud pública y en la educación

■ De manera interesante, los autores de este artículo revisan el impacto que los avances en el conocimiento neurocientífico de las adicciones pueden tener sobre los cambios conceptuales del problema médico social de las mismas y comienzan por considerar que el campo del tratamiento de las adicciones, si se le compara con el de otras enfermedades médicas, ha sido poco desarrollado. Esto se comprende si se toma en cuenta que para la opinión pública las adicciones son más un problema social que médico, a pesar de que la evidencia científica apoya el concepto de enfermedad basándose en el conocimiento de sus mecanismos neuronales, su genética, la respuesta a los tratamientos y el seguimiento del curso clínico. Asimismo, las actitudes peyorativas hacia los individuos adictos existen y contribuyen a la implementación de políticas que sencillamente resultarían inaceptables si se aplicaran a los trastornos médicos. Aun en los países donde se tiene acceso a tratamientos, los pacientes descubren que éstos se ven limitados en tiempo y por lo general no son cubiertos por las pólizas de las aseguradoras. Como consecuencia, en lugar de tratar como pacientes a los sujetos con adicciones, se les culpabiliza de su problema y se les discrimina. El tratamiento especializado para las adicciones incluso es visto como innecesario o bien se percibe como inefectivo. Por lo tanto, a pesar de que se tengan avances terapéuticos en el campo y se mejore el desenlace clínico de estas condiciones, esto no será suficiente mientras no se consideren las adicciones como verdaderas condiciones médicas.

Gran parte del conocimiento sobre la neurobiología de las adicciones está basado en décadas de estudios en animales que sirven como modelos de los componentes clínicos de estas condiciones y han generado una enorme cantidad de información conductual y neuroquímica. Si bien este tipo de investigaciones ha identificado mecanismos neuronales que subyacen al fenómeno de las adicciones, el valor predictivo de los modelos animales es muy variado. Por ejemplo, el tratamiento de la dependencia al alcohol con naltrexona se derivó directamente de estudios en

animales, que demostraron que los antagonistas opioides reducen la auto-administración de alcohol. Por el contrario, en cuanto al fenómeno de la sensibilización, si bien ha recibido una importante atención, su significado clínico permanece aún cuestionable y no ha dado lugar al desarrollo de nuevos tratamientos. Es posible que en un futuro cercano, los estudios de imágenes cerebrales puedan superar las limitaciones de los modelos animales y permitan delinear los mecanismos cerebrales asociados con las características clínicas de las enfermedades adictivas. La forma de entender mejor los fenómenos adictivos es considerándolos como enfermedades de los centros cerebrales de recompensa, que permiten sobrevivir a los individuos. Las sustancias adictivas, al afectar el funcionamiento normal de los centros endógenos de recompensa, modifican los circuitos neuronales que ejercen dominio sobre los pensamientos racionales, y llevan a una pérdida progresiva de control sobre su consumo, a pesar de los riesgos médicos, interpersonales y ocupacionales que esto representa. Inclusive hay pruebas de que la conducta de negación del daño, más que ser puramente psicológica, es producto de una disfunción de la corteza prefrontal inducida por el consumo de la sustancia. La pérdida del control es el elemento fundamental de las adicciones y por lo tanto la fuente de su estigma social. Para la mayoría de las personas las adicciones, más que una afectación neurobiológica, son una falla del carácter de los sujetos que las presentan. Por lo tanto, la divulgación de los hallazgos científicos en el área puede cambiar la percepción general del problema y modificar las políticas de salud al respecto.

Las siguientes son algunas áreas de la investigación neurobiológica sobre las adicciones cuya divulgación en un lenguaje comprensible, a decir de los autores, podría ser de utilidad para lograr el cambio conceptual y público de estos problemas:

1) *El ciclo de las adicciones.* Es necesario enfatizar que el desarrollo de cualquier tipo de adicción se da por medio de un circuito de retroalimentación. En este, el reforzamiento positivo es generado por el efecto positivo o euforizante que produce la sustancia, mientras que el reforzamiento negativo se genera por el malestar de la abstinencia, la compulsión y la disfunción hedonística. En animales de experimentación, la exposición crónica a la heroína, la cocaína y el alcohol produce una serie de adaptaciones neuronales, como por ejemplo una hipoactividad del sistema dopaminérgico. Por su parte, la compulsión es un fenómeno sumamente complicado desde el punto de vista neurobiológico. Se ha comprobado por medio de estudios de imágenes cerebrales en individuos adictos, que la inducción de la conducta compulsiva se asocia con una poderosa activación de las estructuras límbicas. Otro hallazgo interesante es el de la hipofrontalidad: se ha encontrado por medio de imágenes cerebrales que los sujetos adictos a la cocaína muestran una densidad reducida de la sustancia gris en los lóbulos frontales, así como alteraciones en las pruebas neuropsicológicas que sirven para detectar el nivel de función de la corteza prefrontal. Estas estructuras son el asiento de funciones tales como el juicio lógico, la toma de decisiones, la valoración del riesgo/beneficio y el control de los impulsos.

2) *Los opioides endógenos.* Estas sustancias que tienen que ver con el placer, el dolor, el apetito y el deseo sexual, son activadas por un buen número de compuestos adictivos. Por ejemplo, el deseo de consumir alcohol está mediado por el sistema de opioides endógenos y su susceptibilidad tiene variabilidad genética; hay muchas pruebas al respecto. En el mono el pretratamiento con naltrexona abate el impulso de consumir alcohol. En condiciones basales, los individuos con predisposición genética al desarrollo de alcoholismo presentan bajos niveles circulantes de beta-endorfinas y una liberación exagerada después de su consumo.

3) *Activación del consumo por medio de claves y su relación con el sistema límbico.* Es sabido que ciertas condiciones

ambientales consideradas como claves (por ejemplo ver una publicidad sobre bebidas alcohólicas o bien observar una jeringa), pueden inducir el impulso de consumir en sujetos susceptibles. Estas claves pueden funcionar incluso después de que el sujeto haya pasado mucho tiempo en abstinencia. Las imágenes cerebrales han demostrado que existe una impactante relación entre la percepción de estas claves y una respuesta de actividad del sistema límbico. Inclusive la intensidad de la respuesta se correlaciona con el grado del impulso por consumir. Esto ejemplifica las bases neurales de las adicciones y es una muestra clara de la compleja interacción mente/cerebro. Debido a que esta hiperactividad límbica asociada a la presencia de claves se relaciona con un aumento de disparo de las neuronas dopaminérgicas y con un hipermetabolismo de las regiones corticales ricas en innervación glutamatérgica, se ha propuesto el desarrollo de medicamentos que limiten estas actividades químicas, como posibles tratamientos anti-adictivos.

4) *Tratamientos farmacológicos para las adicciones.* Uno de los éxitos más importantes de la investigación neurobiológica ha sido el que algunos de sus hallazgos culminen en la aparición de medicamentos de eficacia comprobada para el tratamiento de cierto tipo de adicciones; el caso ya mencionado de la naltrexona es un ejemplo de lo anterior. Otras alternativas farmacológicas se encuentran en estudio; por ejemplo, el modafinil como compuesto para atenuar la euforia que genera la cocaína. También se están desarrollando vacunas que evitan el efecto euforizante de esta sustancia adictiva, al modificar su acción cerebral. Algunos medicamentos utilizados en el campo médico para otras enfermedades (topiramato, propranolol y baclofen entre otros) se están evaluando en relación con la dependencia a la cocaína.

Todos estos aspectos que denotan avances científicos para la evaluación y tratamiento de las adicciones deberán servir para modificar el concepto erróneo que se tiene de estos problemas. Deberá también ser útil para que los gobiernos generen políticas de tratamiento y control de los problemas adictivos, más allá de los aspectos meramente legales. La educación preventiva de las adicciones también tendrá que ir acompañada de una adecuada divulgación de los nuevos conceptos médicos sobre estos problemas, para presentar así un panorama real y objetivo.

(Carlos Berlanga)

Bibliografía

DACKIS C, O'BRIEN C: Neurobiology of addiction: treatment and public policy ramifications. *Nature Neurosciences*, 8:1431-1436, 2005.

Criterios diagnósticos para los trastornos de la personalidad esquizotípica, limítrofe, evitativa y obsesiva compulsiva: prevalencia y estabilidad

■ Una de las áreas de la clasificación y nosología de los trastornos psiquiátricos con más aspectos de conflicto, es probablemente la de los trastornos de la personalidad. La definición clínica de estas

entidades, así como la caracterización de sus criterios de diagnóstico ha sido campo de controversia durante las últimas décadas. Desde hace algunos años un grupo de investigadores en el tema desarrolló un proyecto de colaboración con varios centros clínicos, para evaluar de manera longitudinal ciertos trastornos de la personalidad. Recientemente publicaron algunos de sus resultados en cuatro de éstos: el trastorno esquizotípico (TE), el trastorno límite de la personalidad (TLP), el trastorno evitativo (TEv) y el trastorno de personalidad obsesivo compulsivo (TPOC). A cada trastorno se le dio un seguimiento longitudinal a lo largo de dos años consecutivos, analizando cada uno de los criterios clínicos que los conforman. La información obtenida la utilizaron para ordenar los criterios en razón de su prevalencia y susceptibilidad al cambio y/o su variación dentro de las categorías respectivas. El objetivo de los autores fue encontrar pistas de la presencia de características dimensionales subyacentes y determinar la importancia de cada criterio en la nosología de los trastornos de personalidad.

Inicialmente los investigadores hicieron un recuento histórico de cómo se gestaron los criterios para estos trastornos. Los que aparecen en el DSM-IV fueron adaptados de los que se definieron en el DSM-III. Por ejemplo, para el TLP los criterios surgieron de un importante bagaje de bibliografía sobre el trastorno, así como de un análisis discriminante de la información proporcionada por la experiencia personal de un grupo de clínicos sobre los pacientes que consideraban portadores del diagnóstico. Para el TE, se obtuvo de la descripción de familiares de primer grado de pacientes con esquizofrenia en un grupo de estudio danés en sujetos adoptados. El proceso de selección de los criterios para los trastornos de personalidad del DSM-IV partió de una base de datos de comorbilidad y de estudios sobre la eficiencia de los criterios diagnósticos. A pesar de ello, a estos criterios actualmente se les considera como heterogéneos, y se han definido como el resultado amalgamado de dos constructos: los de estilo de personalidad y los de trastorno de personalidad. La consistencia interna de estos criterios se ha evaluado tanto en forma transversal como longitudinal. Un estudio previo realizado en una muestra clínica, por uno de los autores del presente trabajo, demostró que cada uno de estos trastornos poseía validez convergente, es decir que los criterios específicos de cada uno se correlacionaron con mayor fuerza entre sí mismos que entre los demás. Sin embargo una fase posterior con sujetos no clínicos, encontró que la consistencia interna varió considerablemente entre cada uno de los trastornos. La consistencia más elevada fue para el TEv; el TE y el TLP tuvieron una consistencia intermedia y la del TPOC fue baja. Esto indudablemente indica que hay una alta heterogeneidad de expresión de criterios. No obstante, al hacer el estudio longitudinal a dos años, con el fin de determinar la consistencia intra-síndrome, se encontró que si bien existieron cambios a lo largo del tiempo, las entidades mostraron una consistencia razonablemente estable (α de Cronbach = 0.72). Los resultados, por lo tanto, respaldaron la validez de los criterios para estos trastornos de la personalidad como síndromes coherentes y sustentables.

En el trabajo que publican se dieron a la tarea de examinar por medio de un estudio prospectivo, los criterios de los cuatro trastornos de la personalidad mencionados a lo largo de dos años, jerarquizando dichos criterios de acuerdo con su prevalencia (de mayor a menor), e identificando los criterios que remitieron a lo largo del periodo de tiempo mencionado (de menor a mayor remisión). Finalmente identificaron el tiempo de prevalencia de los criterios que se mantuvieron estables. Incluyeron a dos grupos de sujetos: el primero conformado por pacientes diagnosticados con un trastorno depresivo mayor y sin trastorno de la personalidad, y el segundo por pacientes con trastorno de la personalidad pero sin ningún trastorno en el eje I. Tuvieron un rango de edad entre 18

y 45 años y se excluyó a aquellos que presentaron síntomas psicóticos, abuso de sustancias e historia de esquizofrenia o de trastornos orgánicos cerebrales. Los datos finales del estudio se originaron a partir de un total de 474 pacientes con algún trastorno de la personalidad, a los que pudieron darles seguimiento durante los 24 meses posteriores a su identificación. Se identificó TE en 85 pacientes de la muestra total, TLP en 201, TEv en 266 y TPOC en 221. Los criterios diagnósticos para cada uno de estos trastornos se agruparon en orden de frecuencia de mayor a menor, y las remisiones de criterios fueron agrupadas de menor a mayor. De esta forma, se resaltó la información respecto a los criterios que de forma longitudinal mostraron más prevalencia. Para el TE los criterios con mayor prevalencia y persistencia fueron los de ideación paranoide, experiencias inusuales, creencias extrañas, ideas de referencia, ansiedad social, y escasas amistades, ya que tuvieron una presencia elevada tanto de manera basal como a los dos años posteriores. Para el TLP todos los criterios se encontraron muy elevados en la evaluación basal y se destacaron la inestabilidad emocional, el trastornos de identidad, el miedo al abandono y las conductas autodestructivas. Dos años después, la prevalencia de estos criterios se redujo entre un 25 y 30%, siendo los criterios más estables y prevalentes la impulsividad, la irritabilidad y la inestabilidad emocional. Para el TEv todos los criterios se encontraron elevados en la etapa basal y los que permanecieron con la mayor estabilidad al final de los dos años de seguimiento fueron la sensación de sentirse inadecuado y la inhabilidad social. En el caso del TPOC la representación basal de los criterios fue muy variable y a los dos años los criterios encontrados como más estables fueron la inflexibilidad, la incapacidad de delegar responsabilidades y el perfeccionismo. A partir de estos resultados, los autores concluyen que los criterios del DSM-IV para los trastornos de personalidad estudiados varían en cuanto a su prevalencia longitudinal y su estabilidad. Estas variaciones pueden sugerir que estos trastornos son productos híbridos de rasgos más estables y de conductas sintomáticas menos estables. También sugieren que los criterios diagnósticos denotan la existencia de dos grupos de criterios: uno de ellos enfatiza las características propias de la personalidad y el otro la existencia de un trastorno generado por esas características.

(Frida M. Sánchez Rojas)

Bibliografía

MCGLASH TH, GRILO CM, SANISLOW CA y cols.: Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant and obsessive compulsive personality disorders: towards a hybrid model of axis II disorders. *Am J Psychiatry*, 162: 883-889, 2005.

Los trastornos de ansiedad y el riesgo de suicidio

■ Los trastornos de ansiedad son los padecimientos mentales más frecuentes en la población general. Sin embargo, debido a que tienen diversas formas de manifestarse y a que presentan múltiples grados de gravedad, existe la tendencia a minimizar el impacto que tienen sobre la salud y las consecuencias adversas que pueden

generar. Un concepto que aún produce controversia es el determinar si estos trastornos por sí mismos (es decir una vez que se descarta la presencia de otros padecimientos en comorbilidad), incrementan el riesgo de la ideación o de la conducta relacionada con el suicidio. De acuerdo con los resultados de un reciente artículo, la presencia de un trastorno de ansiedad puede incrementar de manera importante el riesgo de tener ideación o conducta suicida. La información fue obtenida de un estudio de escrutinio e incidencia en una comunidad, con un procedimiento consistente en una evaluación inicial y dos posteriores, a lo largo de los 3 años siguientes. El principal instrumento de diagnóstico utilizado fue el CIDI para detectar la presencia de los siguientes cuadros a lo largo de la vida, de acuerdo con los criterios del DSM-III-R: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, fobia social, fobia simple, agorafobia y trastorno de pánico. Por medio de un análisis de regresión logística múltiple se evaluó si los trastornos mencionados se correlacionaron con la presencia de ideación o de conducta suicida en el momento de la evaluación inicial, en una muestra de 7076 sujetos, y si la presencia de estos trastornos significó un mayor riesgo de presentar ideación o conducta suicida en el curso de los siguientes dos años en una muestra de 4796 sujetos. Una vez hecho el ajuste necesario para las características socio-demográficas y para la presencia de otros padecimientos, los datos obtenidos por los autores mostraron que el no identificar oportunamente un trastorno de ansiedad evita que se tomen medidas preventivas para la conducta suicida en general. La presencia de uno o más padecimientos ansiosos como por ejemplo fobia social, agorafobia, fobia simple o trastorno de ansiedad generalizada en los pacientes estudiados, aumentó el riesgo de suicidio cuando se les comparó con sujetos sin este tipo de trastornos. Un hallazgo de relevancia aún más importante, fue que la presencia de un trastorno de ansiedad en combinación con un trastorno afectivo incrementó el riesgo de manera notoria.

El trabajo enfatiza que el riesgo incrementado de la conducta suicida asociado a los trastornos de ansiedad, se detectó tanto en pacientes adultos a quienes se les preguntó sobre sus diagnósticos del pasado y sobre antecedentes de intentos de suicidio, como en aquéllos diagnosticados con algún trastorno de ansiedad al momento de iniciar el estudio, y que en un periodo posterior de seguimiento a 3 años presentaron ideación o intento suicida. La asociación entre conducta suicida y ansiedad fue también significativa al tomar en cuenta, como grupos comparativos, a sujetos con otro tipo de trastornos mentales tales como afectivos, psicóticos o de la conducta alimentaria. De manera específica el análisis mostró que entre los 809 sujetos con ideación suicida que fueron evaluados, 52.4% presentaba al menos un trastorno de ansiedad, mientras que de los 205 que presentaron un intento de suicidio 64.1% sufrieron el trastorno ansioso. La razón de momios, al compararlos con sujetos sin conducta suicida, fue de 2.29 y de 2.48 respectivamente. La presencia de cualquier tipo de trastorno de ansiedad incrementó el riesgo de ideación suicida de por vida, 2.32 veces y el riesgo de por vida, de intento de suicidio, 3.64 veces.

El aumento del riesgo es atribuido por los autores a que es factible que muchos pacientes busquen por medio del suicidio, una salida al serio malestar producido por condiciones graves de ansiedad. Otras explicaciones alternas incluyen el hecho de que factores comunes tanto a los trastornos de ansiedad como a los afectivos, tales como traumas infantiles, genéticos y de personalidad, favorecen el incremento del riesgo. La importancia de estos hallazgos es que contribuyen a considerar que, a diferencia de lo que se pensaba, los trastornos de ansiedad son condiciones clínicas crónicas, asociadas a una pobre calidad de vida, a diferentes grados de incapacidad y (de acuerdo a lo encontrado en este estudio)

a un mayor riesgo de suicidio. Los autores enfatizan la necesidad existente de que tanto los clínicos como las autoridades sanitarias tengan en mente estos resultados, con el fin de considerar que la identificación oportuna y el tratamiento adecuado de los trastornos de ansiedad pueden reducir el riesgo de la conducta suicida.

(Héctor Senties Castellá)

Bibliografía

JITENDER SJ, COX BJ, AFIFI TO y col.: Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts. A population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry*, 62:1249-1257, 2005.

Los estudios de imágenes cerebrales en la etiología del autismo

■ El espectro de los trastornos de autismo que comprende un grupo de alteraciones del neurodesarrollo con transmisión genética, incluye a los subtipos del autismo típico, del autismo con alto nivel de rendimiento y del síndrome de Asperger. El espectro se caracteriza por que todas estas entidades presentan anomalías del desarrollo en la conducta social y emocional, y se asocian a comportamientos estereotipados y obsesivos. Las afectaciones cualitativas en las interacciones sociales recíprocas incluyen una apreciación inadecuada de las pistas socio-emocionales (como se demuestra en la falta de reacción ante las emociones de otros), el pobre uso de señales sociales y la falta de reciprocidad socio-emocional. También presentan un retraso en el desarrollo del lenguaje y muchos tienen limitaciones del aprendizaje. Sin embargo, cerca de 20% se clasifican como de alto rendimiento debido a que presentan habilidades intelectuales normales e inclusive superiores, a pesar de haber tenido un lento desarrollo global. Los individuos con síndrome de Asperger no tienen antecedentes de retardo en el desarrollo del lenguaje, sus habilidades intelectuales son normales pero muestran las afectaciones características de la interacción recíproca social. Los correlatos biológicos asociados a la conducta social anormal del espectro del autismo son poco conocidos. Su tasa de prevalencia en el fenotipo amplio se calcula en 60 por 10,000 en la población general, lo que corresponde aproximadamente a la mitad de la prevalencia de la esquizofrenia. A nivel mundial hay una carencia de atención médica adecuada para estas entidades e inclusive son prácticamente inexistentes en cuanto al manejo de sujetos adultos con secuelas del espectro. Su etiología se desconoce pero se considera que es consecuencia de la interacción entre factores genéticos y ambientales.

Uno de los primeros indicadores que orientaron a considerar sus causas neurobiológicas fue el encontrar que casi la tercera parte de los enfermos presentaba crisis epilépticas. Los estudios en gemelos han demostrado que el autismo es una de las enfermedades psiquiátricas con mayor carga genética. Durante la última década ha aparecido un buen número de estudios de neuroimagen encaminados a dilucidar alteraciones neuroanatómicas en estos trastornos. Desafortunadamente, los hallazgos han sido

muy contradictorios debido en parte a la propia heterogeneidad de estas entidades, y en parte a la falta de controles adecuados. Sin embargo, estudios más recientes han empezado a aclarar el panorama para comprender mejor la interacción entre las anomalías cerebrales y las alteraciones en el comportamiento de estos sujetos.

El hallazgo más coherente hasta el momento ha sido el del incremento del volumen cerebral global (dato que curiosamente, ya había sido reportado por Kanner hace más de 5 décadas); hay cierta evidencia de que este crecimiento puede depender de la edad. Esto ha llevado a pensar que los autistas tienen un crecimiento cerebral inicialmente acelerado que luego se detiene. Es también evidente que en los sujetos autistas adultos el envejecimiento cerebral es mayor que en los sujetos controles. Por lo tanto, es razonable considerar que el trastorno no se debe sólo a una alteración inicial del desarrollo cerebral, sino que es un problema que afecta a la maduración y función del cerebro a lo largo de la vida. Además de los cambios globales del cerebro, hay, aparentemente, ciertas regiones de éste específicamente afectadas. Entre éstas se incluyen los lóbulos frontales y las regiones límbicas, cerebelosas y de los ganglios basales. Se ha publicado que los pacientes con síndrome de Asperger tienen una reducción de la cantidad de materia gris en las regiones frontoestriales y el cerebelo. Además estos sujetos han mostrado un mayor proceso de envejecimiento de los hemisferios cerebrales y del núcleo caudado. Estos datos han sido corroborados en un grupo de niños chinos con autismo de alto rendimiento y en conjunto demuestran que los sujetos con el espectro de autismo presentan anomalías anatómicas y conectivas en los sistemas límbicos y estriados del cerebro, y que estas anomalías son comunes en muestras de diferentes países, culturas y edades. Si bien cada vez hay más evidencia de que este grupo de padecimientos presenta anomalías específicas en la anatomía y el desarrollo cerebral, aún no es posible identificar cómo las variaciones en los sistemas genéticos, importantes para el crecimiento y el desarrollo cerebral, se relacionan con estas diferencias neurobiológicas.

En cuanto a las imágenes funcionales, los estudios llevados a cabo con resonancia magnética han permitido investigar las redes neuronales que posiblemente estén afectadas y que se relacionen con las alteraciones cognitivas de estas enfermedades. Estos incluyen los estudios de reconocimiento y procesamiento de rostros y emociones, área que ha sido una de las más estudiadas. La hipoactividad de la denominada "área de la cara" localizada en el giro fusiforme derecho ha sido uno de los datos más constantemente documentados como presente en sujetos adultos con manifestaciones del espectro cuando se les expone al reconocimiento de rostros. Sin embargo, parece ser que esta reacción se puede modular dependiendo de la familiaridad y del contenido emocional de las imágenes presentadas. Los estudios de espectroscopía con resonancia magnética de protones se utilizan para medir concentraciones y rangos de ciertas sustancias como N-acetilaspártato, colina y fosfocreatina, las cuales son indicadoras de densidad neural, del metabolismo mitocondrial y de recambio membranal. A través de estas técnicas se ha demostrado que los sujetos con autismo presentan anomalías importantes en la integridad de los lóbulos prefrontales que se relacionan con la severidad de los cuadros clínicos. Esto sugiere que probablemente ciertas diferencias en los procesos del neurodesarrollo (como la muerte celular programada), pueden relacionarse con la presencia de ciertos síntomas del espectro. Con la tomografía por emisión de

positrones se han señalado diferencias en la conectividad de los circuitos cortico-corticales y corticales-ganglios basales. También se han documentado diferencias significativas en la síntesis de serotonina. Esto último es importante ya que la serotonina actúa como un factor de diferenciación trófica durante el desarrollo cerebral y ayuda a modular la conducta social y la repetitiva. Estos datos se sustentan también por la evidencia de que algunos pacientes presentan mejoría con el tratamiento con ciertos medicamentos que mejoran la transmisión serotoninérgica.

Todos estos datos han permitido que en la última década se avance en el conocimiento de las bases neurobiológicas de estas enfermedades. No obstante, aún queda mucho por dilucidar al respecto. Es necesario que se cuente con muestras suficientemente amplias de pacientes que estén bien caracterizados, para estudiar con mayor precisión la participación de los factores genéticos y ambientales en las alteraciones del neurodesarrollo y la participación de los sistemas serotoninérgicos en la etiología del espectro de las enfermedades de autismo.

(Margarita Horta)

Bibliografía

- TOAL F: Autistic-spectrum disorders: lessons from neuroimaging. *British J Psychiatry*, 187: 395-397, 2005.
MCALONAN G M, CHEUNG V, CHEUNG C y cols.: Mapping the brain autism. A voxel-based MRI study of volumetric differences and intercorrelations in autism. *Brain*, 128: 268-276, 2005.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Director Emérito
Dr. Ramón de la Fuente.

Editor de la publicación
Dr. Gerardo Heinze.

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

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

Suscripción anual 2006

	Nacional	Extranjero*
Instituciones	\$ 220.00	USD 60.00
Personas físicas	\$ 220.00	USD 50.00
Estudiantes con credencial vigente	\$ 110.00	USD 50.00
Números sueltos o atrasados	\$ 30.00	USD 6.00

* Estos precios incluyen el correo aéreo.

Departamento de Publicaciones:

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

