



Información

Clínica

Volumen 13

Número 6

Junio del 2002

El manejo de individuos peligrosos con trastorno severo de la personalidad: una encuesta de opiniones de psiquiatras forenses

■ El trastorno de la personalidad ha sido por largo tiempo una fuente de debate, y su diagnóstico y susceptibilidad de tratamiento son particularmente controversiales. La meta del estudio consistió en plasmar las opiniones de los psiquiatras que laboran en un entorno forense respecto a las recientes propuestas relacionadas con pacientes peligrosos que sufren algún trastorno severo de la personalidad.

La investigación Fallon en la Unidad de Trastornos de la Personalidad del Hospital Ashworth (1999), en Inglaterra, recomendó la creación de condenas revisables para los individuos de alto riesgo; sin embargo, no tomó en consideración a aquellos individuos no convictos pero peligrosos. En julio de 1999, el gobierno británico introdujo propuestas para la minoría de personas con trastornos severos de la personalidad, quienes, debido a dichos trastornos representan un riesgo de agresión severa. Aunque no hubo una definición del trastorno severo de la personalidad peligroso (TSPP), se formularon dos opciones.

La Opción A favorece el marco de trabajo y servicios estatutarios actuales, con los siguientes cambios:

- Mayor uso de la condena perpetua discrecional.
- El poder poner otra vez bajo custodia a los pacientes con TSPP, para someterlos a evaluación por parte de un especialista.
- La suspensión del requisito de susceptibilidad de tratamiento que exigen los poderes civiles existentes.
- El establecimiento de servicios especializados en prisiones y hospitales.

La Opción B propone nuevos poderes y servicios:

- La creación de una instalación para pacientes con TSPP que esté a disposición para las Cortes.

- La remisión de prisioneros condenados (incluso condenados de por vida) mediante procedimientos civiles.
- Girar órdenes para disponer de pacientes con TSPP que no hayan cometido ningún crimen, a partir de procedimientos civiles.
- La creación de un nuevo servicio especializado, separado de prisiones y hospitales.

Las recomendaciones Fallon proponen:

- Establecimiento de condenas revisables.
- Creación de un Consejo de Condenas Revisables.
- Revocar las secciones 3, 37, 38 (Acta de Salud Mental, 1983) para el Trastorno Psicopático.
- Mantener la sección 47 (Acta de Salud Mental, 1983) para tratamientos hospitalarios específicos.
- Reemplazar el término Trastorno Psicopático por Trastorno de Personalidad; este último no será definido.
- Creación de pequeñas unidades especializadas en prisiones y hospitales.

Ambas opciones implicarían la remoción del poder de la Corte para imponer decretos de arresto hospitalario en casos de Trastorno Psicopático. Asimismo, reforzarían la

Contenido

El manejo de individuos peligrosos con trastorno severo de la personalidad: una encuesta de opiniones de psiquiatras forenses	31
Efectos a largo plazo en el cerebro de medicamentos estimulantes: posible relevancia en el tratamiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	33
Modafinil. Nueva opción para el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	34
Comparación de hombres con trastorno de conducta alimentaria total o parcial, hombres sin trastorno de conducta alimentaria y mujeres con trastorno de conducta alimentaria en la comunidad	35
Violencia, alcohol y suicidio consumado: Estudio casos controles	36

supervisión y las consultas de control posteriores al egreso. La detención continuada se basaría en el riesgo.

Método

Se realizaron reuniones en cuatro centros: los hospitales Ashworth, Broadmoor y Rampton y la Unidad de Mediana Seguridad de la Clínica Bracton y se invitó a médicos especialistas y residentes del último año. Después de la presentación de las propuestas gubernamentales, los psiquiatras discutieron tópicos clave y contestaron un cuestionario. El contenido de las discusiones fue registrado y los tópicos clave, extraídos. Los datos se analizaron usando el programa SPSS para Windows (Norussis/SPSS Inc.)

Resultados

Respondedores.- 153 cuestionarios fueron respondidos, 60% (n=91) por médicos especialistas y 26.8% (n=41) por residentes del último año.

Los resultados se dividieron entre aquellos que laboran en sitios de máxima y mediana seguridad, 40.5% (n=62) y 51.6% (n=79), respectivamente y 7.9% (n=5) en otros servicios.

Definición/Evaluación del Trastorno.- El 68% (n=104) de los psiquiatras confió en su habilidad para diagnosticar trastornos de la personalidad, pero sólo un 34.6% (n=53) consideró que el trastorno severo de la personalidad era identificablemente diferente. El 71% (n=109) se manifestó inconforme con la confiabilidad interevaluador del diagnóstico del trastorno.

De los 109 que respondieron y que intentaron definir el TSPP, 48 (44%) incluyeron criterios de la ICD-10 (OMS, 1992) o el DSM-IV (APA, 1994). 21 (19%) lo encontraron indefinible sistemáticamente.

Se definió la severidad del trastorno en diferentes términos que incluyeron: riesgo de agresión (n=28; 26%); influencia sobre el funcionamiento (n=23; 21%); número de rasgos específicos para diagnósticos de trastornos de la personalidad (n=13; 12%); número de diagnósticos de trastornos de la personalidad (n=12; 11%); falta de respuesta al tratamiento (n=10; 9%) y nivel de inestabilidad emocional (n=6; 6.5%). La mayoría (n=125; 82%) reportó que los procedimientos disponibles para la evaluación del riesgo son inadecuados para identificar confiablemente a los individuos potencialmente peligrosos. Un 22.2% (n=34) estuvo de acuerdo en que los médicos deben participar en la evaluación de los trastornos de personalidad y el 93% (n=142) contempló el papel del médico en la evaluación de la enfermedad mental intercurrente. Cien (65.4%) opinaron que los psiquiatras deberían involucrarse en la evaluación del riesgo en los pacientes con TSPP, pero 5 (3.3%) objetaron que la psiquiatría no tiene en esto papel alguno. En conjunto, un 18.3% (n=28) consideró que los psiquiatras deberían asumir el rol de líderes en estos servicios y el 31% (n=47), opinó que éstos deberían ser psicólogos.

Susceptibilidad de tratamiento.- Ochenta y tres (54%) consideró los trastornos de la personalidad en general como una condición susceptible de tratarse, y fueron los trabajadores de hospitales especializados (de máxima seguridad) quienes tendieron, significativamente, a apoyar lo anterior. Al ponderar los trastornos severos de la personalidad, sólo el 28% (n=43) reportó que quienes los padecen son aptos para recibir tratamiento. Nuevamente los trabajadores de hospitales especializados fueron, significativamente, los más inclinados a compartir esta opinión.

Muchos comentaron que no existe evidencia de que haya tratamientos efectivos para aquellos pacientes al extremo del espectro.

Servicios para pacientes con TSPP.- La mayoría (45.1%; n=69) consideró que dichos servicios deberían ser responsabilidad conjunta de *The Home Office* y el Departamento de Salud. La mitad (50.3%; n=77) de la muestra consideró que el énfasis debe ponerse en el tratamiento; sin embargo un 27.5% (n=42) manifestó que la seguridad pública debería ser el enfoque principal. La mayoría (78.4%; n=120) opinó que los pacientes con TSPP deberían ser manejados en unidades separadas de las que dan atención a pacientes con enfermedad mental. El 50% (n=77) consideró que las instalaciones actuales serían adecuadas si tuvieran los recursos suficientes. La vasta mayoría (88%; n=134) no concordó con la sugerencia gubernamental de que la fuerza actual de trabajo podría hacerse cargo de las nuevas unidades, y sólo un 21% (n=32) mostró interés por trabajar en éstas. Aquéllos que consideran estos trastornos como tratables demostraron mayor interés por trabajar en estos nuevos servicios.

Las propuestas.- En general, no hubo un punto de vista convergente sobre cuál opción es preferible. 18% (n=28) expresó su preferencia por la Opción A; 21% (n=32) por la Opción B y 28% por las recomendaciones Fallon. 13% optó por la “no modificación” de la posición actual.

El desacuerdo fue aún mayor en relación con las modificaciones propuestas a la legislación civil. La propuesta de que los pacientes con TSPP no convictos pudieran ser detenidos únicamente con base en la protección pública, en vez de tomar en cuenta la salud mental del individuo, causó particular inquietud. Por otra parte, muchos señalaron que la detención médica indeterminada sin un tratamiento efectivo, estaría en conflicto directo con los estatutos operacionales del Consejo Médico General, propuestos en Los Deberes del Médico.

Discusión

La encuesta ilustra que continúa la preocupación en relación con la falta de claridad en el término TSPP. La mayoría de los psiquiatras está al tanto del bajo nivel de concordancia respecto a los diagnósticos de los trastornos de la personalidad, incluso al hacer uso de entrevistas estructuradas. Se sienten inconformes con los conceptos de severidad y peligrosidad. Aconsejan tener precaución al diagnosticar particularmente el trastorno severo de la personalidad. Muchos piensan que cualquier médico

involucrado en la detención de estos individuos únicamente para protección pública, podría potencialmente transgredir los estatutos del Consejo Médico General. La mayoría de los encuestados considera que la condena y detención debería caer dentro de la responsabilidad de las Cortes y que los psiquiatras deberían restringirse a la evaluación de procedimientos adecuados para intervenciones específicas. El concepto de la detención preventiva en un ambiente de atención a la salud, de aquellos que no han sido convictos y que no son susceptibles de tratamiento, se considera una forma no ética de abordar el problema.

(Armando Patrón)

Bibliografía

HADDOCK A, SNOWDEN P, DOLAN M, PARKER J, REES H: Managing dangerous people with severe personality disorder: a survey of forensic psychiatrists' opinions. *Psychiatric Bulletin*, 25:293-296, 2001.

Efectos a largo plazo de medicamentos estimulantes en el cerebro: posible relevancia en el tratamiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

■ Los estimulantes del tipo anfetamina se han empleado desde hace cerca de 50 años como tratamiento para el TDAH en niños, y fueron los primeros medicamentos químicos psicotrópicos que se introdujeron en la farmacopea. Para el tratamiento del TDAH, los estimulantes se administran por vía oral a dosis de 0.3 a 1.0 mg/kg/día de metilfenidato (MPH) y de 0.1 a 0.5 mg/kg para cada dosis de anfetamina (AMPH) administrada de dos a tres veces por día. La eficacia y la seguridad de estos medicamentos en la disminución de los síntomas del TDAH se apoya extensamente en los estudios controlados; algunos muestran hasta 24 meses de tratamiento continuo. Los efectos colaterales más comunes son la anorexia y el insomnio inicial. Probablemente debido a su efecto sobre la hormona del crecimiento, con el uso continuo puede haber un decremento en el crecimiento, tanto en peso como en talla. Si bien es cierto que se conoce mucho acerca de los efectos terapéuticos de los estimulantes en el TDAH, aún quedan ciertos aspectos por aclarar. En diciembre de 1999, el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) en los Estados Unidos de América (EUA) realizó una mesa de trabajo para discutir sobre los efectos a largo plazo del uso de estimulantes como agentes terapéuticos en el tratamiento de TDAH. Estableció los siguientes puntos, como los más relevantes.

1. *¿Qué tan seguro es el uso terapéutico de estimulantes en el TDAH? ¿La sensibilización conductual ocurre con el uso terapéutico de estos medicamentos? Si es así, ¿es clínicamente significativa?*

Los medicamentos estimulantes no curan el TDAH, y algunos de los síntomas regresan al suspender su empleo. Debido a que el TDAH es una condición crónica, que aparece típicamente en la edad preescolar o en los primeros años de la primaria y que puede persistir hasta la adolescencia o la edad adulta, es frecuente que se prolongue por algunos años la administración de estimulantes iniciada en la infancia. Debido a que los estimulantes son medicamentos de abuso potencial es importante lograr el mayor reconocimiento posible de la sensibilización del cerebro, ya que dicha sensibilización puede facilitar posteriormente el abuso de la sustancia. Por otro lado, debido a que los niños con TDAH tienen hasta el 40% de comorbilidad con trastorno disocial (TD), el riesgo de consumir sustancias es más elevado.

2. *¿Cuáles son los beneficios a largo plazo de los medicamentos estimulantes en niños con TDAH?*

Para dar respuesta a esta pregunta, se han hecho estudios clínicos y preclínicos. En particular, la investigación realizada en animales puede ser relevante para conocer el grado de seguridad de los estimulantes.

Estudios en animales

La administración continua de dosis altas de AMPH (5-20 mg/kg/día en ratas) a través de una bomba subcutánea, resulta neurotóxica, al provocar una depleción de la dopamina y otras monoaminas cerebrales. La administración repetida e intermitente de dosis bajas de AMPH (2 mg/kg/día intraperitoneal) en ratas, da como resultado una hipersensibilidad persistente. En los animales, la sensibilización conductual se acompaña de alteración de la morfología de las neuronas del núcleo *accumbens* y la corteza prefrontal, con un incremento en las espinas y en los brazos dendríticos. Se ha reportado sensibilización, aún después de una sola dosis de AMPH (5 mg/kg); dicha dosis es 15 veces mayor que la dosis terapéutica utilizada en el tratamiento del TDAH. Las dosis altas de AMPH (10 mg/kg) producen sensibilización a pesar del ambiente. En la mayoría de los estudios se han empleado dosis de estimulantes mucho mayores a las que usualmente se aplican en humanos y por vías diferentes. Los resultados de los estudios previos indican que tanto la AMPH como el MPH provocan un decremento dependiente de la dosis en la conducta de juego en ratas jóvenes. La relevancia de estos datos para el tratamiento de niños con TDAH, es poco clara.

El resultado de una evaluación naturalística de 12 niños prepúbereles con TDAH y 12 controles sanos, mostró una actividad motora incrementada entre los niños con TDAH no tratados, al compararlos con los controles, en el juego al aire libre, pero no en juegos de mesa. El tratamiento con dextroanfetamina no modificó los resultados en juegos de mesa, pero el juego al aire libre disminuyó, aunque per-

maneció dentro de los límites mostrados por los controles. La sensibilización conductual, también se ha presentado en primates después de la exposición aguda a dosis relativamente bajas. Los datos preliminares de un estudio piloto con MPH (0.9 mg/kg/día, dividida en tres dosis) en jóvenes primates de 2-3 años, revelaron una marcada variabilidad intersujeto, tanto en la conducta inducida por el medicamento, como en los cambios en el sueño. En general, se observó una actividad motriz aumentada después de la administración de MPH, excepto en los monos hiperactivos, en los cuales disminuyó. El patrón de sueño se fragmentó en algunos animales. La relevancia directa de estos datos para los humanos sigue siendo poco clara, y la gran variabilidad interanimal es problemática. Se requieren más trabajos para explorar el valor potencial de estos modelos animales para el estudio de los efectos de los estimulantes.

Estudios clínicos

Ha sido ampliamente reconocido que las dosis bajas de AMPH pueden rápidamente inducir psicosis cuando se han administrado a pacientes con historia de abuso de estimulantes. Más recientemente, una serie de estudios enfocados a detectar sensibilización, se llevó a cabo en voluntarios sanos. Se les administró una dosis de 20 mg de AMPH (n=16) con buena tolerancia, hasta la administración de una segunda dosis similar; once sujetos recibieron dos dosis diarias de AMPH (15-20 mg) en un estudio transversal placebo controlado de cuatro días. Se encontró mayor actividad motora después de la administración repetida de AMPH.

La tomografía por emisión de positrones puede emplearse para estudiar la posible correlación de la sensibilización en humanos. Actualmente no hay estudios de imagen funcional sobre los efectos de los estimulantes a largo plazo. La PET puede usarse para medir una gran cantidad de parámetros farmacológicos, tales como la concentración cerebral de un fármaco, dosis mínimas asociadas a eficacia, duración de la acción, y tipo y porcentaje de ocupación de los receptores requeridos para obtener los efectos conductuales deseados. Las técnicas de imagen, tales como la resonancia magnética, demuestran que el volumen cerebral total en niños con TDAH, es en promedio 5% menor que los controles. La exposición a estimulantes no parece tener influencia en el volumen cerebral. Recientemente se ha utilizado la resonancia magnética funcional para estudiar los efectos de los estimulantes en el cerebro. Los datos sugieren que el MPH afecta ciertas funciones, tales como la activación estriatal, de manera diferente en niños con TDAH, comparados con controles normales.

Conclusiones

Modelos animales. Estos modelos y métodos pueden ilustrarnos sobre el empleo de los medicamentos antes mencionados, pero no se pueden extrapolar sus resultados a humanos.

Imágenes cerebrales. Estos estudios pueden aportar datos para entender la interacción entre los estimulantes y el desarrollo cerebral.

Vigilancia activa. Debe estudiarse el posible impacto del medicamento sobre la cognición, cuando se utiliza a largo plazo, mediante pruebas neuropsicológicas que documenten los posibles efectos del medicamento.

Análisis de datos. Aplicar métodos de medición para bases de datos grandes y estimar los efectos del tratamiento para que se puedan identificar y controlar.

Seguimiento a largo plazo con estudios controlados. Ofrece la ventaja de poder llevar control desde la elección inicial y, así, obtener conclusiones diferentes a las muestras naturalísticas.

Es necesario desarrollar estudios básicos en modelos animales y en humanos en nuestro país, favorecer la interacción interinstitucional y sumar los esfuerzos de los diferentes equipos que trabajan en el área, para contar con las herramientas necesarias que permitan establecer los efectos a largo plazo en el cerebro producidos por el uso de estimulantes.

(Magdalena Ocampo, Francisco de la Peña)

Bibliografía

VITELLO B y cols.: Long term effect of stimulant medication on the brain: possible relevance for the treatment of ADHD. *J Child Adolesc Psychopharmacology*, 11:25-34, 2001.

Modafinil. Nueva opción para el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

■ El Modafinil, aprobado por la *Food and Drug Administration* (FDA) en los Estados Unidos de América para el tratamiento de la narcolepsia, ha demostrado en diferentes estudios ser un tratamiento efectivo para el TDAH. Es química y farmacológicamente diferente a los psicoestimulantes tradicionales y su mecanismo de acción parece no estar mediado por los sistemas dopaminérgico o noradrenérgico. El Modafinil parece activar la corteza frontal vía el hipotálamo y los núcleos tuberomamilares con sus neuronas histaminérgicas que tienen proyecciones excitatorias en la corteza frontal. Después de la administración oral, las concentraciones séricas se alcanzan en un lapso de entre 2 y 4 horas; su vida media de eliminación es de 15 horas y presenta un perfil muy bajo de efectos colaterales.

El Modafinil ha sido probado en diferentes ensayos clínicos; sin embargo, pocos de ellos han sido estudios controlados. Taylor y cols. publicaron recientemente un estudio en adultos con TDAH, a quienes se incorporó en un estudio aleatorio, doble ciego, cruzado, en tres fases, donde recibieron placebo (20 mg/día de d-anfetamina y 200 mg/día de Modafinil), con cuatro días de lavado entre cada una de las fases. La sintomatología tanto inatenta como hiperactiva-impulsiva disminuyó significativamente con respecto a la basal después del tratamiento tanto con la d-anfetamina como con el Modafinil; ambos medicamentos fueron superiores al placebo pero no hubo diferencias significativas en la respuesta entre los medicamentos. También se evaluaron los aspectos cognoscitivos por medio de la prueba de COWAT; ambos medicamentos mejoraron significativamente estas habilidades, comparados con el placebo.

En torno a los efectos colaterales, el Modafinil reportó menos insomnio que la d-anfetamina, pero no hubo diferencias entre ambos para irritabilidad, tensión muscular, hiporexia, ansiedad o cefalea.

El Modafinil parece tener un menor potencial de abuso y un perfil muy bajo de efectos colaterales; sin embargo estudios como éste deberán repetirse y ampliarse a muestras pediátricas mexicanas para que este medicamento pueda sumarse en nuestro país al acervo farmacológico contra el TDAH.

(Francisco de la Peña, Félix Higuera)

Bibliografía

TAYLOR FB, RUSSO J: Efficacy of Modafinil compared to Dextroamphetamine for the treatment of attention deficit-hyperactivity disorder in adults. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 10:311-320, 2000.

Comparación de hombres con trastorno de conducta alimentaria total o parcial, hombres sin trastorno de conducta alimentaria y mujeres con trastorno de conducta alimentaria en la comunidad

■ Desde el estudio de Morton en 1694 se han documentado casos de trastornos de conducta alimentaria en hombres. Durante el siglo pasado se creía que dichos trastornos en hombres eran poco frecuentes, con una presentación atípica de la enfermedad, y que las características de los sujetos masculinos que los manifestaban eran especiales o peculiares. Sin embargo, los estudios han reportado

mínimas diferencias en la presentación clínica al comparar hombres y mujeres. La mayoría de los estudios se han realizado en población de hospital sin controles adecuados. No se conocen, de acuerdo con la revisión de los autores, estudios de hombres con trastornos de conducta alimentaria en la población general.

La muestra de este estudio fue obtenida por medio del Suplemento de Salud Mental de la Encuesta de Salud de Ontario, Canadá. De ahí se obtuvo una muestra de 9,953 sujetos (76% de los elegidos) por muestreo de conglomerado multietápico.

Personal entrenado entrevistó cara a cara a dichos sujetos y empleó la CIDI (Composite International Diagnostic Interview) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se generaron diagnósticos del DSM III-R y CIE-10, y se valoró la presentación a lo largo de la vida o en la actualidad de: trastornos de ansiedad, afectivos, de conducta alimentaria, de personalidad antisocial y abuso de alcohol u otras sustancias. Se consideró a individuos entre 15 a 64 años de edad y se establecieron criterios para síndrome parcial y completo, tanto para anorexia como para bulimia, en hombres y en mujeres. Se descartó la evidencia de trastornos de conducta alimentaria en el resto de los hombres.

Los resultados se presentaron como números naturales, prevalencias estimadas y porcentajes ponderados. Se utilizó *Chi* cuadrada y razón de momios para variables categóricas y análisis de varianza para variables continuas. La significancia fue establecida a 0.01.

La prevalencia de trastornos de conducta alimentaria parcial y completa fue de 2% en hombres y de 4.8% en mujeres, con una relación de 2:1 en anorexia nervosa y de 2.9:1 en bulimia, con diferencia significativa de presentación en síndrome parcial o completo entre hombres y mujeres ($p<0.002$). Hay similitud clínica en la presentación de trastornos de conducta alimentaria entre hombres y mujeres, y se acusa significativamente una alta relación de comorbilidad psiquiátrica a lo largo de la vida en hombres con este tipo de trastornos, en relación con otros que no lo acusan. Existe una elevada posibilidad de generar uno, dos y hasta más de tres diagnósticos como comorbilidad. De lo anterior se deduce que las mujeres con trastornos de conducta alimentaria sufren mayor comorbilidad con depresión; mientras que en los hombres, esto es más frecuente en aquellos que consumen alcohol en exceso. En cuanto a los resultados sobre la calidad de vida, se identificó que aun con niveles altos de satisfacción en general, los hombres con trastorno de conducta alimentaria presentaron más problemas y menos satisfacción que el grupo de los que no lo padecían. Esto resultó casi indistinguible en el caso de las mujeres aquejadas de dicho trastorno. El análisis de varianza presentó una disminución importante en la edad de inicio del trastorno de conducta alimentaria en los nacidos después de 1956, sin significancia en cuanto a género. No se encontraron diferencias al comparar variables de historia familiar y de experiencias tempranas entre grupos de hombres con o sin trastornos de este tipo.

(Luis Vargas)

Bibliografía

BLAKE WOODSIDE D y cols.: Comparison of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders and women with eating disorders in the community. *Am J Psychiatry*, 158:570-574, 2001.

Violencia, alcohol y suicidio consumado: estudio de casos controles

■ En el presente estudio se examina la relación entre conducta violenta, uso de alcohol y suicidio consumado. El suicidio es la novena causa de muerte global en los Estados Unidos y muchos lo consideran como un acto agresivo/violento, lo que sugiere una neurobiología común para el suicidio y la conducta violenta (niveles bajos de serotonina en el sistema nervioso central). En estudios longitudinales, se ha asociado la autoagresión y hostilidad con el suicidio consumado. En los trastornos por uso de alcohol, hay una relación firme entre la agresión hacia otros y el suicidio. Aparentemente hay una relación entre uso de alcohol y suicidio.

Se realizó un análisis retrospectivo a partir de una encuesta nacional en los Estados Unidos (1993 National Mortality Followback Survey) y se obtuvieron datos de 22, 957 muertes certificadas, de las cuales cumplieron criterios de inclusión 3, 689 víctimas de accidentes (vehículos de motor, caídas, intoxicaciones y otras) y 1, 363 víctimas de suicidio. Las variables estudiadas de cada muestra fueron conducta violenta, uso de alcohol, sexo, edad, y como covariantes educación y raza. Los análisis realizados se basaron en el 57% de las víctimas de accidentes y en 55% de víctimas de suicidio.

La conducta violenta en el último año de vida, se definió tomando en cuenta las amenazas o intentos de violencia, considerándose como conducta violenta el “a veces o con frecuencia”, y como conducta no violenta el “rara vez o nunca”. Se determinó la historia de uso de alcohol mediante un cuestionario (CAGE), y se codificó como positiva si se confirmaba uno o más apartados del mismo, y como negativa si no se confirmaban tales apartados. Dentro del análisis estadístico se realizó una regresión logística y corrección para variación extrabinomial.

Se estudiaron entonces dos grupos de víctimas tanto de suicidio como de accidentes. El rango de edad de los sujetos fue de 20-64 años; no hubo diferencias significativas entre los dos grupos. En las víctimas de accidentes se encontró lo siguiente: 70% eran hombres, 80% eran blancos, 17% negros, 25% tenían menos de 12 años de estudios, 29% más de 12 años de estudios. En las víctimas de suicidio se encontró: 69% eran hombres, 87% blancos, 11% negros, 21% con menos de 12 años de estudios, 36% con mas de 12 años de estudios.

Dentro de los resultados se encontraron correlaciones importantes. La relación entre alcohol y suicidio no puede ser atribuida enteramente al uso del alcohol, pues aún después de haber controlado el trastorno de uso de alcohol, se relacionó la violencia con suicidio consumado, a esto pudieron contribuir una depresión agitada, disfunción serotoninérgica, trastornos de personalidad y crisis interpersonales. En la relación edad y suicidio se encontró que las rupturas de pareja son un factor de riesgo importante para el suicidio; se encontró que las relaciones en adultos jóvenes son menos estables y la violencia doméstica fue más frecuente. En relación con el género se encontró que la violencia en la mujer parece conferir un riesgo más grande para el suicidio que la violencia en los hombres, sin embargo el género no parece ser un factor protector. También se encontró que el riesgo de suicidio fue mayor en población con mayor educación, así como en la raza blanca.

Se concluye que aún después del control del uso del alcohol, la presencia de violencia es un factor de riesgo importante para el suicidio. Así, como la conducta violenta y el suicidio tienen factores de riesgo en común, las intervenciones efectivas para disminuir la violencia pueden disminuir también el potencial suicida.

(Roberto Manuel Rosales Tristán)

Bibliografía

CONNER KR y cols.: *Am J Psychiatry*,158:10, octubre 2001.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
Director Emérito
Dr. Ramón de la Fuente.
Editor de la publicación
Dr. Gerardo Heinze.
Jefe del Departamento de Publicaciones
Dr. Héctor Pérez-Rincón.
Dirección: Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco
Deleg. Tlalpan, 14370 México, D.F. Teléfono: 5655-28-11.
Fax: 5655-04-11.

Suscripción anual 2002

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

* Estos precios incluyen el correo aéreo.

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

