

A PROPOSITO DE UN CASO TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVA (PERSONALIDAD MULTIPLE)

Dra. Jessica Barahona, Dr. Jesús Américo Reyes

INTRODUCCION

Los trastornos disociativos (TID) son un grupo de síndromes psiquiátricos que se caracterizan por perturbaciones en algunos aspectos de la conciencia, identidad, memoria, conducta motora. La mayor parte de los estudios han encontrado relación entre los trastornos de disociación y la experiencia de un trauma psicológico. Todos los tipos de estados disociativos tienden a remitir al cabo de unas pocas semanas o meses, en especial si su comienzo tuvo relación con un acontecimiento biográfico traumático. Dentro de los trastornos disociativos encontramos la amnesia disociativa, la fuga disociativa, el trastorno de identidad disociativo, denominado anteriormente como trastorno de personalidad múltiple, se caracteriza por la existencia de dos o más identidades o estados de la personalidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente. Algunos clínicos opinan que el TID tiende a infravalorarse ya que se puede confundir con otras patologías mentales, pero los factores que pueden facilitar el diagnóstico son una clara sintomatología disociativa, con cambios de identidad repentinos, amnesia reversible y puntuaciones elevadas en los tests de disociación e hipnotizabilidad en individuos que no manifiestan síntomas propios de otro trastorno mental.¹

1. Lippincott williams and wilkins. wolters kluwer health, Manual de Psiquiatría de Kaplan & Sadock, 4ta Edicion 2008.

CASO CLINICO

Se trata de paciente masculino de 23 años de edad, soltero, alfabeto, albañil, raza mestiza, sin religión, procedente, San Pedro Sula, Cortes, se encuentra privado de libertad desde Julio del 2008 en Penitenciaría Nacional de San Pedro Sula. Es ingresado al HPMM por orden del tribunal de sentencia, ya que se le supone responsable de los delitos de asesinato, violación y robo agravado, en perjuicio de G.L.E y D.I.E. ambas primas del acusado.

Al momento de su ingreso el paciente manifiesta sintomatología de características depresivas: insomnio inicial, hiporexia, ánimo triste, llanto fácil, disminución de la concentración, alucinaciones visuales, auditivas incompletas y táctiles, alteración de memoria cortical, cefalea, holocraneana, presente de forma episódica, intensa, la cual se exagera en momentos de estrés. Paciente que no coopera con la entrevista, por lo que no especifica la evolución de sus síntomas. Niega ideas delirantes, consumo de sustancias, TCE, infecciones, fiebre, convulsiones.

Procede de hogar desintegrado, funcional. Padre biológico, vive en EUA, mantiene una relación distante, nunca fue reconocido por el padre. Madre de 39 años de edad, ama de casa, alfabeto, mantiene una buena relación con el paciente, niega antecedentes de enfermedad física o mental. Ambos padres se separaron cuando el paciente tenía 11 meses, ya que este emigró a los EUA. Es hijo único de esta unión. Posee cuatro hermanos de edades (dos varones de 21 y 14 años de edad y dos mujeres de 11 y 6 años), mantiene buenas relaciones con todos ellos, niega antecedentes de enfermedad física o mental. Niega vida marital al momento de la entrevista.

Dentro de sus antecedentes personales manifiesta antecedentes de abuso sexual a la

edad de 6 años, por un desconocido, nunca se lo ha comentado a su familia, niega otros antecedentes personales. Madre lo describe en su infancia como tranquilo, tímido producto de violencia por parte de sus compañeros de la escuela.

Fue expulsado del Colegio a la edad de 13 años ya que mencionó “le habían metido drogas en la camisa, armó un alboroto en el colegio y decía que iban llegar unos hombres a realizar una gran matanza de personas”. A los 16 años inicia con comportamiento rebelde, ideas de minusvalía, su padre adoptivo no es su padre biológico. Actualmente lo describe como serio, mujeriego, trabajador, niega antecedente de abuso a los animales en la niñez, irrespeto a la autoridad, antecedentes de actos de estafa o engaño hacia terceros.

Estudio hasta primero de ciclo común, no repitió grados, pero si se retiró en varias ocasiones.. Consumo de alcohol de forma ocasional, sin llegar a la embriaguez, niega consumo de otras sustancias.

Antecedentes médicos no psiquiátricos: familiares: manifiesta además que desde niño padeció de constantes cefaleas. A los 18 años inicia con alucinaciones visuales “miraba a un niño con cara de calavera y sombras que lo perseguían”, alteraciones que continuaron hasta los 20 años, momento en el que presentó un síncope por aproximadamente 45 min, fue llevado al Instituto Hondureño de seguridad social donde se le realizó un electroencefalograma aparentemente normal.

Examen Físico y neurológico: no presenta ninguna alteración.

Examen mental: Al momento de llevar a cabo la evaluación permanece sentado en la silla con las manos juntas entre las piernas, en un principio mira en todas direcciones, con expresión de miedo y mirada llorosa, rehúsa comunicarse verbalmente, luego saca de su bolsa una biblia, pide por señas un lápiz

prestado y escribe en ella: “ayúdame”, al preguntársele como le podemos ayudar escribe: “alguien me dijo que no le hable”, se le pregunta quién? Responde: “cuando quiero hablar me duele la cabeza”. Posteriormente, tras mucha insistencia y después de asegurarle que aquí nadie le haría daño comienza a cooperar. Habla en voz baja por lo que es necesario repetirle varias veces las mismas preguntas y permanece con la cabeza agachada la mayor parte del tiempo. No establece contacto visual. No se encuentran alteraciones en consciencia, distráctil (no sigue el hilo de la conversación), orientado en persona y espacio corporal, desorientado en tiempo, espacio y geográficamente, memoria límbica conservada, memoria cortical con amnesia lacunar “no recuerdo el hecho por el cual se me acusa”, no se observa conducta alucinatoria al momento de la entrevista, hipoactivo, se sobresalta con facilidad, en el afecto se observa restringido, pensamiento coherente, curso lento, sin ideación delirante, en su discurso, niega control o difusión del pensamiento, insight pobre, juicio conservado.

Evolución en sala:

En su primera evaluación el paciente mantiene la cabeza baja, con el cuerpo desmadejado, se le observa abatido, acongojado, quejumbroso, manifestando cefalea mientras se realizó interrogatorio. Al preguntársele sobre el acto que se le acusa, se desploma, tapa su rostro, busca la posición fetal, no observa al interlocutor, responde con voz suave “no recuerdo nada de lo sucedido, no mate ni viole a mis primas, no sé como una persona pudo haberlo hecho”. En la entrevista refiere que los culpables fueron dos vecinos que pertenecen a una pandilla, estos intentaron asaltar la casa, manifiesta que el llegó a la casa cuando estos ya habían matado a su prima mayor, posteriormente mataron a

su prima menor, los pandilleros fueron asesinados días después que sucedió el hecho. Paciente que refiere además que se ha visto en los sueños realizando el acto, por lo que no puede asegurar que fueron ellos. Una semana después es presentado al médico de guardia ya que presenta sintomatología ansiosa característica de ataque de pánico, en ese momento presenta además cambio de personalidad a J.A.H.A, de 20 años de edad, desconoce quién es E.M.H.A manifiesta no recordar nada días después de haber sido privado de libertad en el 2008, confiesa haber realizado el acto de homicidio de sus dos primas. En su última entrevista realizada el paciente habla de forma lógica, coherente, bien orientado en espacio y tiempo, reconoce a la personas que se relacionan con él. frecuentemente su historia en lo referente al asesinato. Evaluación neuropsicología lo reporta como simulador. Paciente se fuga de la sala de hospitalización 25 días posterior a su ingreso, después de haber permanecido aislado los primeros días en su ingreso, se torna sociable y hasta líder de los pacientes, quienes le ayudan en su fuga.

Exámenes de laboratorio y Gabinete:

Hemograma, orina, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático y renal normales, electrolitos normales, Electroencefalograma: normal. Tomografía axial computarizada (TAC cerebral) no realizado.

TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVA (TID)

El trastorno de identidad disociativa (TID) se define por la existencia de dos o más identidades o estados de la personalidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente, junto con la incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada a partir de un olvido ordinario.¹

La perspectiva actual es que el TID es un trastorno del desarrollo con una base postraumática, que generalmente comienza después de los 6 años de edad². Se caracteriza por la presencia de alteraciones que incluyen dificultades en la regulación del afecto que se reflejan en: grave disregulación emocional, depresión, tendencias suicidas e irritabilidad generalizada. El control de impulsos suele estar afectado, dando lugar a conductas de riesgo, abuso de sustancias, y comportamientos inapropiados o autodestructivos.

Un estudio reciente con población en general encontró que 1% a 3% satisfacía los criterios diagnósticos de TID, aunque una frecuencia más real sería cercana a 0.5% de la población total. Una proporción mujer: varón desde 5:1 hasta 9:1 para los casos diagnosticados.

Partiendo de la base el antecedente de un trauma se le puede considerar como una forma de supervivencia para ciertos individuos que son capaces de disociarse como respuesta a un abuso infantil severo, hay con frecuencia una relación entre ciertos tipos de abusos y personalidades alternativas específicas. Cada personalidad alternativa se relaciona usualmente con un grupo o tipo de

conflictos y afectos específicos. Alternancias o cambios pueden ocurrir cuando como resultado de los abusos aparecen sensaciones y conflictos abrumadores. Por ello, situaciones análogas a las abusivas (que causan el temor de que el abuso o un peligro o amenaza relacionada con él puedan ocurrir), pueden dar lugar al cambio de personalidad. Estas respuestas disociativas permiten apartar las experiencias traumáticas para permitir el desarrollo de otras áreas vitales, como académicas o sociales. La disociación y la creación de entidades alternas que pueden utilizarse para enfrentar circunstancias vitales más rutinarias y no traumáticas. El resultado es una persona que engloba varios estados de sí mismo, relativamente concretos e independientes y que entran en conflicto constantemente. Las personalidades alternativas pueden originarse también para preservar una cualidad que se siente amenazada por el agresor.³

Dentro de la sintomatología encontrada en este trastorno encontramos los síntomas pseudopsicóticos: podemos mencionar las voces alucinadas, imágenes visuales de las identidades alternantes y fenómenos alucinatorios complejos.

Las alteraciones disociativas de la memoria se manifiestan de diferentes formas básicas y se observan con frecuencia en los entornos clínicos. Al realizar la exploración general del estado mentales. Se debe interrogar por posibles experiencias de pérdidas de tiempo, desvanecimientos y lagunas importantes de la continuidad de los recuerdos referentes a la información personal. Las experiencias de pérdidas de tiempo disociativo son demasiado amplias para ser explicadas por el olvido ordinario y típicamente tienen inicios y finales claramente delimitados.¹

² Richard J. Loewenstein, Psychopharmacological treatment for Dissociative Identity Disorder. *Psychiatric Annals* 35:8. Agosto 2005.

³ Armstrong JG. Characteristics of patients with multiple personality and dissociative disorder on psychological testing J New Men Dis

En el tratamiento del TID las intervenciones psicofarmacológicas son primariamente coadyuvantes y de naturaleza empírica. No existen estudios doble-ciego controlados con placebo para estudiar algún agente psicofarmacológico o régimen farmacológico para el TID. El paciente con TID puede presentar síntomas aparentemente encapsulados dentro de una o unas pocas identidades alternantes, mientras que otras identidades niegan los síntomas o muestran síntomas diferentes. Esta evaluación produce confusión en la evaluación de las medicaciones y en la valoración de la eficacia y de los efectos secundarios.

El psiquiatra debe intentar tratar síntomas que se encuentran a lo largo de la mayoría o de todas las identidades alternantes. Los estudios epidemiológicos han identificado el TEPT y los trastornos depresivos como las evoluciones más comunes del trauma psicológico.⁴ Los estudios clínicos han encontrado que entre un 80 y un 100% de los pacientes con TID reúnen criterios diagnósticos para un trastorno depresivo mayor, TEPT o ambos en algún momento del curso clínico. De acuerdo con esto, estos son habitualmente los síntomas más destacables que pueden abordarse con medicaciones psicótropas en el TID.

Los pacientes con TID a menudo tienen una respuesta notable aunque parcial a las medicaciones antidepresivas, frecuentemente inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o antidepresivos tricíclicos (ATC). Más que una respuesta lenta los pacientes con TID suelen referir una respuesta muy temprana a los antidepresivos, a menudo en días en lugar de semanas, cuando van a tener una buena respuesta a la medicación. Frecuentemente el humor mejora primero en el TID, no los síntomas

vegetativos. Los síntomas vegetativos (alteraciones del sueño, baja energía, mala concentración) permanecen por lo general relativamente poco modificados debido al TEPT intercurrente. Los síntomas pseudopsicóticos raramente mejoran con fármacos antipsicóticos, incluso en dosis altas, aunque unos pocos de estos pacientes pueden referir alguna disminución de los fenómenos alucinatorios con antipsicóticos. Estos tipos de síntomas responden mejor a intervenciones psicoterapéuticas. No hay datos sistemáticos que orienten al clínico para elegir un neuroléptico atípico frente a otro, excepto la respuesta del paciente y el perfil de efectos secundarios. Los pacientes con TID manifiestan una hiperactivación extrema, pánico y ataques de ansiedad. Los ISRS, estabilizadores del humor, antipsicóticos atípicos y benzodiacepinas son eficaces para tratar estos síntomas en estos pacientes. Muchos pacientes pueden precisar tratamientos prolongados con benzodiacepinas, como loracepam o clonacepam, para el manejo de los estados de ansiedad. Algunos pacientes no responden más que a altas dosis de benzodiacepinas. Estos pacientes frecuentemente toleran dosis altas sin somnolencia. Los síntomas obsesivo-compulsivos encontrados de forma sorprendentemente frecuente en el TID responden preferentemente a antidepresivos con eficacia anti obsesiva, como la fluvoxamina y la clorimipramina. El psiquiatra debe preguntar rutinariamente sobre esta sintomatología.

La mayoría de los pacientes refieren trastornos graves de sueño, con insomnio de conciliación y de mantenimiento. Los problemas de sueño son complejos en la mayor parte de estos pacientes y responden

⁴ Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: the Burden to the individual and to society. J Clin Psychiatry 2000.

pocas veces a las intervenciones farmacológicas solas.⁵

Los pacientes con TID van desde individuos con enfermedad psiquiátrica crónica y con deficiente funcionamiento psicosocial hasta personas con alto funcionamiento que pueden ser exitosas en sentido profesional y social. Este trastorno debe diferenciarse de los síntomas debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica por lo que es necesario basarse en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio y la exploración física.

Las crisis parciales complejas, a pesar de que los dos trastornos pueden manifestarse al mismo tiempo, suelen ser generalmente breves (desde 30 seg hasta 5 min) y no presentan la estructura compleja y resistente de las identidades y del comportamiento que se observa en el TID.

Los síntomas debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia pueden diferenciarse del trastorno de identidad disociativo por el hecho de que la sustancia (p. ej., drogas o fármacos) se considera etiológicamente relacionada con la alteración. Algunos clínicos opinan que el TID tiende a infravalorarse (p. ej. la presencia de más de una personalidad de tipo disociativo puede confundirse con un delirio y la comunicación de una personalidad con otra puede confundirse con una alucinación auditiva, llevando así a realizar un diagnóstico erróneo de trastorno psicótico; los cambios de identidad pueden confundirse con fluctuaciones cíclicas del estado de ánimo y con el trastorno bipolar). Por el contrario, hay quien piensa que el TID se tiende a diagnosticar exageradamente debido al interés de los medios de comunicación por la enfermedad y la naturaleza altamente

sugestionable de estos individuos. Los factores que pueden facilitar el diagnóstico son una clara sintomatología disociativa, con cambios de identidad repentinos, amnesia reversible y puntuaciones elevadas en los tests de disociación e hipnotizabilidad en individuos que no manifiestan síntomas propios de otro trastorno mental.

El TID debe diferenciarse de la simulación en las situaciones en las que puede obtenerse un beneficio económico o legal y de los trastornos facticios (en los que se puede observar un comportamiento de búsqueda de ayuda).

BIBLIOGRAFIA

1. Lippincott williams and wilkins. wolters kluwer health, Manual de Psiquiatría de Kaplan & Sadock, 4ta Edicion 2008.
2. Richard J. Loewenstein, Psychopharmacological treatment for Dissociative Identity Disorder. *Psychiatric Annals* 35:8. Agosto 2005.
3. Armstrong JG. Characteristics of patients with multiple personality abd dissociative disorder on psychological testing J New Men Dis.
4. Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: the Burden to the individual and to society. J Clin Psychiatry 2000.
5. Foa EB, Treatments for PTSD: Practice Guildelines from the International Society for Traumatic Stress. Study. The Guilford Press 2000.

⁵ Foa EB, Treatments for PTSD: Practice Guildelines from the International Society for Traumatic Stress. Study. The Guilford Press 2000.

EL POSTGRADO DE PSIQUIATRIA EN LA PERSPECTIVA DE LA INVESTIGACION CIENTIFICA.

Dr. J. Américo Reyes Ticas

Coordinador académico del postgrado de psiquiatría

El Postgrado de Psiquiatría de Honduras fundado en 1995 se encuentra actualmente en proceso de certificación, para lo cual, se ha llevado a cabo una autoevaluación y a partir de ello, un plan de mejoras. Esto significa que no solamente tenemos la responsabilidad de graduar excelentes profesionales, sino que también, que tengamos el reconocimiento internacional de acuerdo a estándares de calidad.

Este paso va de la mano con el trabajo que se realiza para producir psiquiatras formados integralmente, con capacidad científica y humanística para enfrentar los retos que plantea la problemática de la salud mental de los hondureños y desenvolverse en un mundo competitivo, en base a un plan de estudios orientado a la clínica, la docencia, el trabajo comunitario y la vinculación social.

Uno de los pilares fundamentales de nuestro Postgrado es la investigación científica conociendo de antemano que solamente a través de ella se puede aportar nuevos conocimientos para resolver los problemas prioritarios de salud mental de Honduras.

Para que nuestras investigaciones tengan resultados significativos se tiene el cuidado de enmarcarlos rigurosamente en el método científico. Para ello se cuenta con un cuerpo de asesores conformados por profesores del Postgrado de Psiquiatría, de la Dirección de Docencia e Investigación del Hospital Escuela y de la Unidad de Investigación Científica de la Facultad de Ciencias Médicas (UIC).

El éxito en la productividad investigativa del Postgrado también se debe a que el Hospital Psiquiátrico “Dr. Mario Mendoza” reconoce el carácter formativo de los residentes de psiquiatría en calidad de becarios, estableciendo un equilibrio justo entre lo asistencial y lo académico, en la que los espacios para la investigación quedan asegurados.

Finalmente y a manera de resumen me permito presentar datos y conclusiones relevantes de los trabajos de investigación que hasta el momento se han realizado:

- I. Contamos con 50 trabajos de investigación cuyos resultados han sido presentados en congresos científicos nacionales e internacionales y en mayoría publicados.
- II. A iniciativa de los residentes se edita la “Revista Hondureña de Postgrado de Psiquiatría” desde el 2007 y que tuvo sus inicios en el Boletín “Neuropsiquis”(1995) y en el Boletín “Newsletter”(2003).

- III. La Universidad Nacional Autónoma de Honduras y Colegio Médico de Honduras han reconocido la calidad de los trabajos de investigación otorgándonos los siguientes premios:
- a. Primer lugar: 1997, 1998, 1999, 2001, 2005 y 2007
 - b. Segundo lugar: 2000, 2008, 2009
 - c. Tercer lugar: 2006
- IV. Como aportes de los trabajos de investigación a la salud mental en general y de la psiquiatría hondureña en particular, se tienen los siguientes datos :
1. El trastorno de pánico en el Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza fue mas frecuentes en mujeres (64.7%), siendo los síntomas cardio-respiratorios y el “miedo a morir” las mas predominantes. Aparte, que solamente en el 15% de las remisiones se habían consignado el diagnóstico correcto. Rev Med Pos UNAH, 1996.
 2. Se reporta que los pacientes con Trastorno de Pánico presentan antecedente de ataques de pánico en el 74% de los familiares de primer grado, el 51% se complica con Agorafobia y que es mas frecuente en mujeres(65%). Nuevos Aportes latinoamericanos en Psiquiatría Biológica, Vol 2. Argentina, 1997
 3. Desarrollar un exitoso modelo de intervención en crisis para manejar el la reacción a estrés agudo de niños quemados. Rev Med Post UNAH, 2006
 4. La tasa de suicidio en Honduras se reportó en 3 por 100,000 habitantes (54 % en menores de 30 años y la relación hombre/mujer fue de 4 a 1). Rev Med Post UNAH, 1998
 5. Tasas (por 100,000 habitantes) de suicidio y homicidio un año antes y un año después del Mitch: Suicidio:3.29 antes y 3.43 después; y homicidio 51 antes y 54 después(sin publicar)
 6. Después del huracán Mitch se encontró que la población estudiada a los 3 y 12 meses tenía una prevalencia de trastornos mentales de 35 y 29 % respectivamente. El Trastorno de Estrés Postraumático fue el más prevalente en los damnificados con 27% a los 3 meses y 23% a los 12 meses. En cambio en los trabajadores del cuerpo de rescate fue más prevalente el abuso de sustancias con 60% a los 3 meses y 58% a los 12 meses. Rev Med Post UNAH, 2000
 7. Se reportó que el 44% de los presos presentaban trastornos mentales. Rev Med Post UNAH, 1999
 8. El abuso sexual se encontró como factor de riesgo para la producción de trastornos mentales graves: las pacientes internas en el Hospital Psiquiátrico tienen el antecedente de abuso sexual 6 veces mas

frecuentes que las hospitalizadas en las salas de Medicina Interna del Hospital Escuela. Rev Fac Cienc Med, 2006

9. El 100% de los periódicos publicados en Honduras no cumplían la recomendaciones de la OMS para el abordaje del suicidio(2006).(Sin publicar)
10. El 74% de los estudiantes de medicina presentaron el antecedente de diferentes tipos de abuso, pero solo el abuso sexual resultó estadísticamente significativo asociado con trastornos depresivos, ansiosos y de la alimentación. Rev Fac Cienc Med, 2008
11. 11% de la población escolar estudiada en Tegucigalpa presentaba Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). (Resultados expuestos en el Congreso de Postgrados de Medicina, 2010)
12. El 42% de los familiares de primer grado de consaguinidad de niños de TDAH tienen indicadores de bipolaridad y 25% con diagnóstico confirmado. Memoria UIC, 2008, Revista Hondureña de Postgrado de Psiquiatría, 2008
13. El 77% de los profesores de educación primaria no tienen conocimiento sobre las características básicas del TDAH y el 58% de los escolares con problemas de disciplina presentan TDAH. Revista Hondureña de Postgrado de Psiquiatría, 2009
14. Los jóvenes EMO presentan mayor riesgo de suicidio, pero es mucho mayor en las mujeres. Revista Hondureña del Postgrado de Psiquiatría, 2009
15. El 35 % de la población estudiada en 28 comunidades de Honduras presentan algún tipo de trastorno mental (Depresión Mayor ocupó el primer lugar con 26%). Rev Med Post UNAH, 2002
16. De los pacientes egresados del Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza a los 6 meses se mantienen en control un 47% y un 11% ha reingresado. No publicado pero citado por Política Nacional de Salud Mental de Honduras. 2004
17. El Trastorno Antisocial se encuentra en el 40% de los privados de la libertad y en el 29% de los policías que los custodian. Rev Med Hondur, 2007

18. Se valida la prueba de PRIME-MD, instrumento para diagnosticar trastornos mentales en atención primaria de fácil aplicación. Rev Med Hond 2003
19. Se reporta hipo-colesterolemia en pacientes con intento de suicidio sin poder establecerlo como factor de riesgo para suicidio. Rev Med Hond, 2000
20. El 64% de los residentes de los postgrados de medicina presentan Síndrome de Burnout. Congreso Postgrados de Medicina, 2006
21. El 53% de los residentes de los postgrados de medicina presentan trastornos psiquiátricos. Rev Med Post UNAH, 2001
22. El 43% de los ancianos internos en un asilo presentan Depresión Mayor. Memoria de Congreso de DICU, 2006
23. Se reporta que el porcentaje de suicidios consumados en adolescentes es similar en varones y mujeres, siendo el ahorcamiento el método más usado (43%). Memoria Congreso DICU, 2006
24. Se encuentra que el suicidio consumado en menores de edad es mayor en niñas (63%), todos ocurrieron en casa y usaron el método de ahorcamiento. Memoria de Congreso DICU, 2006
25. El 64% de pacientes ingresados al Hospital Psiquiátrico de Agudos presentaban predictores de bipolaridad. Memoria de Congreso DICU, 2006
26. La “casa de medio camino” demuestra ser un programa comunitario de bajo costo para resolver el problema de los pacientes psicóticos crónicos en indigencia (al año de trabajo el 95% con buena respuesta terapéutica). Revista de Postgrados de medicina, 2009. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, Vol 9. España.
27. La terapia cognitiva conductual es tres veces mas efectiva que la psico-educación para la cesación del tabaquismo en pacientes dependientes a la nicotina. Revista Hondureña de Postgrado de Psiquiatría 2007
28. Propuesta de protocolo de manejo de agitación psicomotriz. Revista Hondureña de Postgrado de Psiquiatría, 2007

29. 65% de pacientes que asisten a consulta en atención primaria por dolor, tienen algún grado de depresión de acuerdo a la Escala de Zung y Conde. Revista Hondureña de Postgrado de Psiquiatría, 2007
30. 33% de trabajadores de maquilas presentaban “mobbing” (acoso laboral). Revista Hondureña de Postgrado de Psiquiatría, 2007
31. La espiritualidad es un factor protector para la depresión. Revista Hondureña de Postgrado de Psiquiatría, 2007
32. Reporte de nuevos síndromes culturales psiquiátricos en los ocho grupos étnicos de Honduras: Guasó, Afurugu, Ukran, y Bla-Kira. Se confirmaron otros que también se encuentran en los ladinos como el Susto o Espanto, Taranta, Ataque de nervios, Aflicción y Flato. Congreso Postgrados de Medicina, 2008.
33. Se comprueba que la terapia intramuscular de haloperidol solo, haloperidol asociado con diazepam y olanzapina sola, tiene la misma eficacia para el manejo de la agitación psicomotriz. Revista Hondureña de Postgrado de Psiquiatría. 2008
34. Se detectan fallas estructurales y funcionales en el Sistema Nacional de Salud Mental. Congreso de Postgrados de medicina, 2003
35. El 3% de los estudiantes de medicina de la UNAH presentan adicción al Internet. Revista Hondureña de Postgrado de Psiquiatría, 2009
36. La migración parental es un factor de riesgo para padecer de trastornos de ansiedad y depresión en los adolescentes, así como también para incursionar en grupos antisociales como pandillas (maras) y ser víctima de abuso físico, psicológico y sexual. Congreso de Postgrados de Medicina, 2009
37. El 78% de adolescentes con antecedente de separación parental por emigración presentan disfunción familiar. Revista Hondureña de Postgrado de Psiquiatría, 2009

Es justo reconocer que el buen nivel de las investigaciones que el postgrado ha alcanzado se debe a la colaboración de profesores, alumnos e investigadores de la Dirección de Docencia e Investigación del Hospital Escuela y de la Unidad de Investigación Científica (UIC) de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Artículo de investigación

Frecuencia y comorbilidad de los trastornos mentales de la clínica de psiquiatría infantil del Hospital Mario Mendoza, Tegucigalpa.

Duarte E. Zeni¹, Munguía Alejandra², Sierra Manuel³, ¹Médico Residente II año de Postgrado de Psiquiatría, ²Psiquiatra Infantil y del adolescente, Hospital Dr. Mario Mendoza, Colonia Miramontes, Calle La Salud, Tegucigalpa, ³Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Correspondencia a: E-mail: zeni1605@yahoo.com

Resumen:

Objetivo: Determinar Frecuencia y Comorbilidad de los trastornos mentales en niños y niñas que asisten a consulta externa de psiquiatría infantil del Hospital Dr. Mario Mendoza, Tegucigalpa. **Metodología:** Se realizó un estudio retrospectivo transversal con enfoque cuantitativo de los registros diarios AT-1, de pacientes atendidos en la clínica de psiquiatría infantil del Hospital Mario Mendoza, durante los meses de Enero-Marzo y Junio-Agosto del 2009. **Resultados:** Se atendieron 776 niños y niñas registradas durante 6 meses del 2009, de los cuales 473 fueron del sexo masculino y 303 femeninos. El diagnóstico más frecuente encontrado fue el Trastorno por Déficit de Atención (TDAH) en un 47%, seguido de la distimia en un 19%. Presentaron TDAH El 79% de los niños y un 21% de las niñas. La Distimia por el contrario fue más frecuente en niñas en un 28% y en los niños en un 13.5%. Se encontró significancia estadística de 0.001 para TDAH y 0.003 Distimia. La comorbilidad más frecuente del TDAH fue el trastorno mixto del aprendizaje en un 7.1% y la comorbilidad de la distimia es el episodio depresivo moderado con una frecuencia del 24%. **Conclusiones:** 1.- El trastorno más frecuente en la clínica de psiquiatría infantil del Hospital Dr. Mario Mendoza durante el primer semestre del 2009, fue El TDAH y el segundo trastorno más frecuente fue La Distimia. 2. La Comorbilidad más frecuente del TDAH en el eje I fue el trastorno mixto del aprendizaje (F81.3) con una frecuencia del 7.1% y La Comorbilidad más frecuente de la distimia en el eje I fue el episodio depresivo moderado (F32.1) con una frecuencia del 24%.

Abstract:

Objective: To determine the prevalence of mental disorders in children attending outpatient child psychiatry at the Hospital Dr. Mario Mendoza. **Methodology:** Cross-sectional retrospective study of all the daily records (AT-1) found in the department of statistics that record the care of patients seen in clinical child psychiatry during the months of January to March and June to August 2009.

Results: Care 776 (473 men and 303 women) were registered during 6 months of 2009. The most common diagnosis in this clinic was the Attention Deficit Disorder (ADHD) by 47%, followed by 19% Dysthymia. The boys were diagnosed with ADHD in 79% and girls only 21%. Dysthymia, on the contrary was more frequent in women (28%) while men are seen in 13.5%. In both conditions was found to have statistical significance of 0.001 for ADHD and Dysthymia 0003. The most frequent comorbidity of ADHD was the learning mixed disorder in 7.1% and the minor depressive episode was the most frequent comorbidity of Dysthymia with 24%. **Conclusions:** 1. - ADHD is the most common disorder in the child psychiatry clinic of the Hospital Dr. Mario Mendoza., 2. Dysthymia is the second most common disorder.

Palabras Clave: Frecuencia, Prevalencia, Epidemiología de trastornos mentales en la infancia. **Key Words:** Frequency, Prevalence, Epidemiology of childhood mental disorders.

Introducción

En Honduras el Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza cuenta con una clínica de atención al menor de edad, la cual se inicia en Febrero del 2007 con la incorporación de la Dra. Alejandra Munguía al equipo de trabajo. Actualmente esta clínica de psiquiatría infantil, atiende el 4.2% de la población que asiste a este centro.¹

Un informe presentado por la Organización mundial de la Salud OMS (2008) reportó que un 8% de los usuarios que asisten a centros ambulatorios de salud mental en Honduras eran niños o adolescentes, encontrado que los

trastornos del ánimo eran más frecuentes en un 42% sobre todo en la población adulta.² Sin embargo no había registros de los diagnósticos realizados en población infantil.

La OMS publicó de su Proyecto Atlas que de manera consistente hasta un 20% de niños(as) y adolescentes sufrían de una enfermedad mental deshabilitante y un 50% de los trastornos mentales del adulto tenían su inicio en la adolescencia.³

Datos sobre la prevalencia de problemas mentales en la infancia y adolescencia son escasos en países en vías de desarrollo. Un estudio

revisando muestras probabilísticas de seis países (Brasil, Chile, Colombia, Guatemala, México y Puerto Rico) reportó una tasa de prevalencia del 15 al 21%.⁴

En Estados Unidos el departamento de estado del servicio de salud mental, estimó que al menos uno en cinco niños y adolescentes tendrían un trastorno de salud mental que podría ser identificado y requeriría tratamiento, clasificando a los trastornos de ansiedad como uno de los más frecuentes desordenes de la niñez.⁵

Cinco de los trastornos más frecuentes vistos en preescolares son los trastornos por déficit de atención, trastornos oposicionista desafiante y de conducta, así como trastornos de ansiedad y del humor, los cuales se han visto guardan la misma frecuencia en la infancia tardía.⁶

Varios estudios epidemiológicos publicados han confirmado hallazgos previos en relación a las altas tasas de comorbilidad en niños y adolescentes, en particular la comorbilidad psiquiátrica ha sido detectada en niños con abuso de

sustancias, trastornos de conducta oposicionista desafiante y trastorno por déficit de atención e hiperactividad.⁷

La infancia como periodo de crecimiento, presenta un reto al momento de realizar un diagnóstico o una condición comórbida, pues durante este periodo existirán signos y síntomas que serán parte del desarrollo normal del individuo, sin embargo otros estudios han sugerido que la presencia de trastornos comórbido en esta etapa del crecimiento, se debe considerar la regla y no una excepción, razón por la que uno de los objetivos específicos de este trabajo es documentar la presencia de comorbilidad en los diagnósticos más frecuentes que se realizan en la consulta externa de la clínica de psiquiatría infantil del Hospital Dr. Mario Mendoza.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los registros de atenciones diarias AT-1 durante los meses de Enero a Marzo y de Junio a Agosto del año 2009, evaluados en el servicio de consulta externa de psiquiatría

infantil del Hospital Dr. Mario Mendoza. La tabulación y análisis de los datos se realizó usando el programa de Microsoft Excel 2000. Los diagnósticos que se realizan en la clínica de psiquiatría infantil son hechos por la subespecialista en este campo, siguiendo los criterios propuestos por el DSM-IV para cada patología específica.

Resultados: Se registraron 776 atenciones durante los meses de Enero-Marzo y Junio-Agosto del 2009, de los cuales 473(61%) eran del sexo masculino y 303(39%) del femenino. La edad promedio de los y las pacientes atendidos fue de 10.8 años de edad, con un rango de edades entre 1 y 20 años.

El diagnóstico más frecuente en la población atendida, fue el Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)-(F90.0) con una frecuencia del 47%. La relación hombre – mujer fue de 3.8:1. Las edades en que más frecuentemente se realizó este diagnóstico fueron a los 9 y 10 años en una frecuencia de 17 y 16% respectivamente, con una *p* significativa menor de 0.001 en ambos casos entre niños y niñas.

El segundo trastorno encontrado en el servicio de psiquiatría infantil del Hospital Dr. Mario Mendoza, fue la Distimia (F34.1), con una frecuencia del 16%, siendo más frecuente en las mujeres en una relación de: 1.7. La edad más frecuente del diagnóstico fue a los 17 años de edad con una frecuencia del 16%.

Con menos frecuencia, se encontraron: retraso mental de leve a moderado en un 7%. El trastorno hipercinético disocial 5%. Trastorno bipolar 3%, siendo más frecuente en niñas (3.6%), que en niños (2.3%). El episodio depresivo moderado (F32.1) con una frecuencia de 2.3%, se registró más en niñas (3.6%) que niños (1.5%).

Entre los trastornos de ansiedad, encontramos el Trastorno de Ansiedad Generalizada (F41.1) en un 1.9% siendo más frecuente en niñas en un 4%, y en niños, solo en un 0.6%.

La Bulimia nervosa atípica se reportó en mujeres en 1.3%. Entre los trastornos generalizados del desarrollo, el Autismo reportado en niños con una frecuencia de 0.9.

Comorbilidad del TDAH:

La comorbilidad más frecuente del TDAH en el eje I fue el trastorno mixto del aprendizaje (F81.3) con una frecuencia del 7.1%, siendo más frecuente en los varones, pero sin significancia estadística. Y en el eje II se encontraba el retraso mental leve, con una frecuencia del 5.2%, sin encontrar significancia estadística entre niños y niñas. En el eje III, aparece la epilepsia, con una frecuencia del 2.2%, presentándose más en niñas (6.7%) que en niños (1.0%), con una p significativa de 0.01.

Comorbilidad de la Distimia:

La comorbilidad más frecuente de la distimia en el eje I fue el episodio depresivo moderado (F32.1) con una frecuencia del 24%, no encontrando significancia estadística entre hombres y mujeres. Seguida de el TDAH (F90.0) con 17.5%, la cual si presentaba una p de 0.003 entre hombres y mujeres y en un tercer lugar era el episodio depresivo leve (F32.0) con 16.1%, en este caso se observó mas en niñas que niños sin encontrar diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 1. Diagnósticos primarios en la consulta externa de la clínica de psiquiatría infantil

Diagnósticos Primarios	N	Porcentaje
TDAH	363	47%
Distimia	149	19%
Retraso mental	54	7%
Trastorno hipercinetico disocial	39	5%
Trastorno bipolar	22	3%
Episodio depresivo moderado	18	2.3%
Trastorno de Ansiedad Generalizada	15	1.9%
Trastornos mentales de etiología orgánica	14	1.8%
Trastorno depresivo recurrente	12	1.5%
Trastorno de ansiedad por separación	11	1.4%
Bulimia nervosa	10	1.3%
Trastornos de adaptación	9	1.2%
Autismo	7	0.8%
Fobia Social	7	0.9%

Trastornos por ataques de pánico	7	0.9%
Síndrome de dependencia a múltiples drogas	7	0.9%
Trastorno mixto ansioso - depresivo	6	0.7%
Trastorno obsesivo-compulsivo	4	0.5%
Esquizofrenia hebefrénica	4	0.5%
Trastorno de Tics	4	0.5%
Episodio psicótico agudo	3	0.4%
Enuresis nocturna	3	0.4%
Trastorno disocial desafiante y oposicionista	2	0.25%
Trastornos primarios del ciclo-vigilia del sueño	2	0.25%
Trastorno de estrés post-traumático	2	0.25%
Anorexia nervosa	1	0.1%
Encopresis secundaria	1	0.1%

DISCUSION

El diagnostico más frecuente que se realiza en la clínica de psiquiatría infantil del Hospital Dr. Mario Mendoza, durante 6 meses del 2009, fue el TDAH en un 47%, similar a lo descrito en el DSM-IV donde 30-50% de los pacientes que asisten a consultas externas de psiquiatría infantil y 40-70% de los niños hospitalizados tienen este trastorno.⁸

La relación hombre-mujer, en nuestro estudio es de 3.8: 1, el cual cae dentro del rango de lo reportado en otros estudios donde se ha visto que el TDAH es 2.5 veces más frecuente en niños que niñas y este varía dependiendo de la muestra, geografía y criterios diagnósticos.⁹

La comorbilidad que más frecuentemente se encontró con el TDAH, fue el Trastorno mixto del aprendizaje con una frecuencia de 7.1%. Siendo este resultado mucho menor a lo que otros estudios reportan en cuanto a la comorbilidad del TDAH y problemas del aprendizaje, pues hay reportes de que hasta un 25-35% de los pacientes con TDAH tendrán problemas del aprendizaje o del lenguaje coexistente, dependiendo de la definición que se utilice.¹⁰

A diferencia de lo que otros estudios reportan de que el Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD) es la comorbilidad más frecuente del TDAH hasta en un 40.6%.¹¹ Encontramos que el TOD fue

registrado solo en 1.7%, esta diferencia podría ser: 1.) porque el TOD no fue consignado o 2.) Haya sido sub-registrado al darle más énfasis al trastorno hipercinetico disocial, que a esta patología.

La comorbilidad del TDAH con el consumo de sustancias fue asociado en un 18%, en aquellos casos en que el diagnostico era un Trastorno hipercinetico disocial, el cual se realizó sobre todo en adolescentes, este hallazgo cae dentro de los rangos referidos desde un 9% hasta un 63% dependiendo de la droga, estos hallazgos en otros estudios, varían de acuerdo a la muestra, población y criterios que se utilizan.¹²

La literatura sugiere que dar tratamiento temprano al TDAH puede tener efectos benéficos a largo plazo sobre todo con la evitación del uso de sustancias.¹³

Otra de las comorbilidades más frecuentes con el TDAH, fue la distimia, hasta en un 4.6%, sobre todo en las niñas (8%) y en niños solo 3.8%. Este hallazgo es menor que lo reportado por otros autores,

quienes han visto que dependiendo de los criterios los trastornos depresivos en el TDAH se verán desde 0 hasta en un 33%.¹⁶

Los trastornos de ansiedad han sido reportados como una de las comorbilidades más frecuentes del TDAH, aun en poblaciones clínicas con rangos que van desde un 23.5%¹⁴ hasta un 50%¹⁵, sin embargo en nuestro estudio no se registro ningún caso de comorbilidad de trastornos de ansiedad con el TDAH.

La comorbilidad del TDAH con epilepsia, fue de un 2.2%, siendo más frecuente en las niñas hasta en un 6.7% que en los niños. Este hallazgo es igual a lo reportado en otros estudios donde se dice que el TDAH tipo inatento es más frecuente en niñas que niños y que la frecuencia de electroencefalogramas anormales en niños/as con TDAH varía de un 5.6 a 30.1%, versus 3.5% de electroencefalogramas anormales en niños sin TDAH. Y al contrario al menos 20% de los niños con epilepsia tienen TDAH

comparado con un 3-7% de la población general.¹⁶

La distimia, es el segundo diagnóstico más frecuente en la clínica de psiquiatría infantil, con una frecuencia del 19%. Este hallazgo es inclusive menor de lo reportado en otros estudios clínicos donde la prevalencia de distimia es de hasta un 57%.¹⁷ La comorbilidad más frecuente de la distimia fue el episodio depresivo moderado con un 24%. Este dato se ve reflejado en lo que estudios clínicos y epidemiológicos han descrito, que hasta un 70% de niños y adolescentes con trastorno distímico eventualmente desarrollará un episodio depresivo mayor, resultando en una “doble depresión”.¹⁸

El diagnóstico de distimia se encontró más en niñas (28%), que niños. De este 28% de niñas diagnosticadas con distimia, un alto porcentaje, 18% era mayor en adolescentes, mayores o iguales de 17 años de edad, lo que comprueba lo que otros estudios han descrito sobre la línea trayectoria ascendente

de los trastornos depresivos.¹⁹ Y que al inicio de la adolescencia niños y niñas es igualmente probable que tengan un trastorno depresivo.²⁰

Estudios demuestran que las comorbilidades en los trastornos afectivos varían de acuerdo al sexo y la edad, así se ha dicho que en la distimia, la co-ocurrencia de otras patologías es usualmente con los trastornos de ansiedad en rangos desde un 11% hasta un 55% y problemas conductuales desde un 20 a un 100%, variando la diferencia en uno estudios comunitarios vs clínicos.²¹ La segunda comorbilidad más frecuente de la distimia en este estudio fue el TDAH, no así los trastornos de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad han sido reportados aun como más comunes que los depresivos, La ansiedad de separación parece ser el más común en individuos menores de 12 años de edad. Estudios en estos grupos de edades reportaron as tasas mínimas reportadas de 2.6% y máximas 41.2%.²² En este estudio

se vio en un séptimo lugar con una

frecuencia de 1.9%.

Conclusiones:

1. El TDAH es el diagnóstico que más presentan los infantes que asisten a la clínica de psiquiatría infantil en el Hospital Dr. Mario Mendoza en un 47%.
2. La distimia es el segundo diagnóstico más frecuente en un 19% y se ve más en mujeres tal como se ha descrito en otros países.
3. La comorbilidad más frecuente del TDAH fue el trastorno mixto del aprendizaje, viéndose más en niños que en niñas en un 7.6%.

convertirse en servicio de atención integral.

2. Dar seguimiento a estos estudios que marcan el inicio de la casuística local, en cuanto a trastornos mentales de origen en la infancia, y que este sirva de base para realizar estudios posteriores.

Recomendaciones:

1. Dada la problemática encontrada, y la ascendente incidencia de pacientes necesitando los servicios de personal especializado en atención de niños y adolescentes, recomendamos dar más apoyo a la clínica infantil, para que pueda

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Fuente: Archivos de la oficina de Estadística del Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza, Enero-Marzo y Junio-Agosto 2009
- ² Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Honduras. IESM-OMS. 2008. Ministerio de Salud en Honduras, Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS.
- ³ Myron L. Belfer, Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 49, Issue 3, March 2008
- ⁴ Duarte Cristiane, et al, Child Mental Health in Latin America: Present and Future Epidemiologic Research. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. Vol.33, No.3,2003
- ⁵ Children's Mental Health Facts Children and Adolescents with Mental, Emotional and Behavioral Disorders. National Mental Health Information Center. SAMHSA'S CA-0006 <http://mentalhealth.samhsa.gov.child>
- ⁶ Egger L. Helen, et al, Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* Vol.47, Issue 3-4, Pages 313-337, March/April 2006
- ⁷ Arcelus Jon, e tal, Psychiatry Comorbidity in children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*: July 2005 –Vol. 18- Issue 4. July 2005
- ⁸ Popper Charles, et al, Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, DSM-IV, Tratado de Psiquiatria, 3a ed. Pág. 828.
- ⁹ Wilms Anna Maria, et al, Attention-Deficit /Hyperactivity Disorder. *Pediatr. Rev.* 2010;31;56-69
- ¹⁰ Dr. Pliszka, Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *FOCUS*, Summer 2008, Vol. VI, No. 3
- ¹¹ Josephine Elia, et al. ADHD: I. Concurrent co-morbidity Characteristics patterns in children & adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2008, 2:15
- ¹² Himanshu P. Upadhyaya, Substance Use Disorders in Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Implications for Treatment and the Role of the Primary Care Physician. *Primary Care Companion J clinical Psychiatry* 2008;10(3)
- ¹³ Mannuzza Salvatore, PhD, et al, Age of Methylphenidate Treatment Initiation in Children with ADHD and Later Substance Abuse: Prospective Follow-Up into Adulthood. *Am J Psychiatry* 2008;165:604-609
- ¹⁴ Isabella Souza, e tal, Anxiety Disorders in an attention-deficit/hyperactivity disorder clinical sample. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* Vol.63, No.2b, Sao Paulo, June 2005
- ¹⁵ Bowen Rudy, e tal, Nature of anxiety comorbid with attention deficit hyperactivity disorder in children from a pediatric primary care setting. *Psychiatry Research. Neuroimaging*, 2007, vol.157, No.1-3, pp201
- ¹⁶ Rami Kaufmann, MD, et al. Attention-Deficit Disorders and Epilepsy in Childhood: Incidence, Causative Relations and Treatment Possibilities. *Journal of Child Neurology* 2009; 24; 727
- ¹⁷ Judith Trowell, e tal, Childhood depression: a place for psychotherapy. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2007) 16:157-167
- ¹⁸ Uma Rao, MD and Li-Ann, MA, Characteristics, correlates, and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Dialogues Clin Neurosci.* 2009;11(1):45-62
- ¹⁹ Jackie K Gollan and Heather Pane. High rates of recurrence of depression in children and adolescents. *Evidence Based Mental Health* 2006;9;95
- ²⁰ Laura P. Richardson, et al, Childhood and Adolescent Depression: The Role of Primary Care Providers in Diagnosis and Treatment. *Current Probl Pediatric Adolescent Health Care*, January 2005;35:1-24
- ²¹ Gabriele Masi, e tal, Phenomenology and Comorbidity of Dysthymic Disorder in 100 consecutively Referred Children and Adolescents: Beyond DSM-IV. *Canadian J Psychiatry* 2003;48:99-105
- ²² Sam Cartwright-Hatton, et al, Anxiety in neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*. Vol.26, Issue 7, November 2006, pg 817-33

LA MENTE DEL ASESINO EN SERIE: ETIOPATOGENIA

Alfredo Sosa Velásquez
Médico Residente III año
Psiquiatría

RESUMEN

Los asesinos en serie (AS) son personas que matan por lo menos en tres ocasiones con un intervalo entre cada asesinato. A través de la historia se conocen una diversidad de AS, cada cual caracterizado por un tipo de conducta durante el acto criminal. Los asesinos en serie están específicamente motivados por una multiplicidad de impulsos psicológicos, sobre todo por ansias de poder y compulsión sexual. Con frecuencia tienen sentimientos de inadaptabilidad e inutilidad, algunas veces debido a humillación y abusos en la infancia y/o el apremio de la pobreza, también bajo nivel socioeconómico en edad adulta, compensando sus crímenes esto y otorgándoles una sensación de potencia y frecuentemente venganza, durante y después de cometer los delitos. El conocimiento de sus acciones aterroriza a comunidades enteras y con frecuencia confunden a la policía y esto incentiva su sensación de poder. No se sabe con certeza el numero de AS que hay, en Estados Unidos se cree que el rango va de 150-350; siendo el 89% hombres, el 50% tienen motivaciones sexuales cuya fantasía va mas allá de la muerte de la víctima. Cada individuo es susceptible a la agresividad, pero esto se modula por los rasgos de personalidad que presente, interviniendo así áreas cerebrales específicas como ser corteza y sistema límbico.

Palabras claves: asesino en serie, agresividad, corteza cerebral y sistema límbico

HISTORIA

En la historia se conocen varios antecedentes literarios y científicos relacionados a los asesinos en serie(AS) como el aristócrata Gilles de Rais que en el siglo XV secuestraba al parecer niños a los cuales ultrajaba sexualmente y posteriormente los mataba o asesinaba o la conocida historia de Jack "The Ripper" quien a finales del siglo XIX generó una ola de alarma social en Londres, atando y

descuartizando mujeres de baja condición social, especialmente prostitutas. Ed Gein, enfermo de psicosis, originó la figura de Norman Bates en la película "Psycho" nombres como Albert De Salvo, Ed Kemper, Ted Bundy, Andrew Cunanan, Richard Chase, Monty Russell, John Gacy, John Joubert o Henry Lee Lucas han motivado profundos análisis sobre la conducta serial grave.¹

DEFINICIÓN

El asesino en serie(AS) se define por la existencia de tres o mas asesinatos en lugares y periodos temporales diferentes, con lapsos de tiempo de enfriamiento entre cada homicidio, el cual puede ser días, semanas, meses o años. Un *Asesino en masa(AM)* por otra parte, es un individuo que comete múltiples asesinatos en una ocasión aislada y en un solo lugar (tres o mas) sin periodo de enfriamiento emocional. Los autores algunas veces cometen suicidios, por consiguiente, el conocimiento de su estado mental y qué los motiva a actuar de esa manera, se deja muchas veces a la especulación. Los pocos asesinos masivos que han podido ser atrapados afirman que no recuerdan claramente el evento. El asesinato familiar, subtipo del AM, se divide en *AM/suicidio*, con tres o más víctimas además del suicidio del autor, y el *AM Familiar* propiamente dicho, con cuatro o más víctimas y sin el suicidio de su autor.

Pueden no actuar solos y organizarse en pseudo comandos, ser aniquiladores familiares, incendiarios-bombardeos-envenenadores, empleados insatisfechos o discípulos de líderes carismáticos de sectas.

Un *spree killer (asesino sensacionalista – eg. homicidios pasionales)* comete múltiples asesinatos en diferentes lugares, dentro de un periodo de tiempo que puede variar desde unas cuantas horas hasta varios días. A diferencia de los asesinos en serie, ellos no vuelven a su comportamiento normal entre asesinatos.^{1 2}

Para establecer que un solo individuo ha cometido más de un homicidio, estos deben de relacionarse entre sí sea por métodos psiquiátricos o del comportamiento. Dentro de los métodos psiquiátricos se pueden encontrar evidencia tal como: pruebas de ADN o huellas digitales, pero en muchas ocasiones estas pueden estar ausentes, ante lo cual se requiere de la

consistencia conductual del asesino, pero esta puede ser similar entre varios ofensores. Para establecer estas diferencias es necesario distinguir que tipo de conducta siguen y si es posible clasificarlos en tipos de homicidas.

EPIDEMIOLOGÍA

Existen más de medio millón de muertes por homicidio cada año, el homicidio es la sexta causa de mortalidad.

Aun no existe certeza sobre la relación entre los trastornos mentales y homicidio, algunos estudios apoyan la presencia de trastornos psicóticos y solamente uno examina la prevalencia de otros trastornos mentales además de la psicosis.^{3 4}

Los actos de agresividad impulsiva intermitente o episódica son característicos del Trastorno explosivo intermitente, el cual tiene una prevalencia en la población de 7.3%. Se ha reportado que cerca de un cuarto de todos los hombres y aproximadamente una media de esa cifra representa a las mujeres que cometen actos de agresividad física después de los 18 años.⁵

En Suecia, Fazel y Grann (2004), investigaron los homicidios cometidos en un periodo de 14 años encontrando 2005 homicidios y cerca del 90% de estos homicidas presentaba un trastorno mental, de los cuales 47% presentaba abuso de sustancias y 54% algún trastorno de personalidad (cluster A 6%, cluster B 17%, cluster C 1% y Trastorno de la personalidad sin especificación 24%). En relación a los asesinos en serie se calcula que en Estados Unidos existen 150, aunque se han estimado cifras de hasta 350, de estos aproximadamente 89% son varones y el 11% son mujeres, con una edad que oscila entre 25 y 35 años, el 90% blancos. En promedio estos asesinos matan entre 8 a 14 víctimas en un periodo de 4 a 8 años. Los AS tienen un móvil geográfico (50% asesinos locales) tienen una mayor tendencia a

incluir tortura y mutilación como parte del proceso de asesinar, y reportan un motivo sexual en un 50% de los casos. Los asesinos en serie mujeres reportan como motivo principal la ganancia personal, llevan acabo asesinatos en lugares específicos en un 60% y generalmente envenenan a sus víctimas en 60% de los casos. Mientras que los AS masculinos matan a extraños, las mujeres matan a sus esposos o conocidos. Un quinto de las mujeres AS cometen este hecho en hospitales u hogares de cuidado cuando son empleados de los mismos. Cuando las mujeres cometen un homicidio sexual, sádico-sexual, lo hacen en complicidad con un hombre. Un 35% de los asesinos en serie tienen un cómplice ⁵⁻⁶.

En nuestro país, Ramírez et al (2007) en un estudio en privados de libertad, encontró que los privados de libertad varones cometieron delitos principalmente contra la vida (45%). Los hombres fueron cuatro veces más agresivos que las mujeres sin importar su edad con una frecuencia de agresividad del 44.1% y de trastorno disocial de 39.7%. Los privados de libertad fueron 8 veces más antisociales que los controles. La frecuencia de agresividad fue de 26.6% y de impulsividad 43.3%. También resultaron las mujeres 6 veces más impulsivas que los hombres privados de libertad. El 29% de los policías presentaron criterios de trastorno disocial y fueron 2 veces mas antisociales y 2 veces más agresivos que los controles⁷

CLASIFICACION ^{8 9}

Existen varias clasificaciones, entre las cuales encontramos:

- I. Organizados y desorganizados.
- II. Localizados o itinerantes.
- III. Visionarios-misionarios-hedonistas.
- IV. Clasificación de Holmes y De Burguer:¹⁰
 - ❖ Psicópata sádico sexual
 - ❖ Asesino por diversión

- ❖ Crimen organizado
- ❖ Envenenadores que cuidan personas

Existen características del AS organizado que son plenamente compatibles con la personalidad psicopática con un agresor que selecciona a la víctima (en ocasiones con un perfil determinado), utiliza medios coercitivos y de sujeción («kit del violador»), aplica técnicas de control y sufrimiento de la víctima, ocultándola cuando la mata y emitiendo pruebas falsas para desorientar a la policía, los ritualismos implican un aumento del tiempo «en escena», aumentando por tanto el riesgo de aprehensión, estos suponen una disociación cognitiva del agresor respecto a la realidad, imbuyéndose en las fantasías que ha ido construyendo y que les permitirán revivir cognitivamente dicho momento con los «souvenirs y trofeos» conseguidos. El organizado mostrará un estado mental de *control* durante sus acciones, en todo caso con una disociación emocional durante la comisión del crimen, que puede impregnar de rabia, ira o descarga emocional, sin empatía hacia ella ni sentimiento de culpabilidad o reconocimiento de su responsabilidad sobre las acciones cometidas.

El desorganizado en cambio, no dispone de medio de transporte propio, participa en actividades solitarias, vive sólo o con un progenitor, mata a las víctimas como «mal menor» para despersonalizarlas después (contusiones y lesiones abundantes, múltiples en área facial y tórax fundamentalmente), puede mantener actividades parafilias o practicar desmembramientos, normalmente con actividades fetichistas. En el albor de su desorganización no suele ocultar el cadáver, puede volver al lugar del crimen o participar en la ceremonia funeraria para revivir el «clímax emocional» que vivió previamente, durante o después del crimen. *Visionarios*. Contrariamente a la opinión popular, rara vez los asesinos seriales

son dementes o están motivados por alucinaciones y/o voces en sus cabezas *Misioneros*. Los llamados *asesinos apostólicos* creen que sus actos están justificados toda vez que ellos se deshacen de cierto tipo de personas indeseables, (prostitutas o miembros de cierto grupo étnico), haciéndole un favor a la sociedad.

Hedonistas Este tipo asesina por el simple placer de hacerlo, aunque las características que ellos disfrutan pueden diferir. Algunos pueden deleitarse con la "búsqueda" de perseguir y encontrar una víctima más que cualquier otra cosa, mientras otros pueden estar principalmente motivados por los actos de tortura y abuso de la víctima mientras está viva. A pesar de eso, otros pueden asesinar al perjudicado rápidamente, casi como rutina y después gratificarse en actos de necrofilia o canibalismo. Usualmente existe un fuerte rasgo sexual en los crímenes, aún cuando puede que no sea inmediatamente obvio, pero algunos asesinos obtienen una oleada de excitación que no es necesariamente sexual.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA

Salfati y Bateman (2005) proponen que estos homicidios se caracterizan por: alto grado de planeación y control, contrario a lo que se encuentra en los homicidios únicos los cuales son predominantemente impulsivos, sin planeación, con interacción emocional entre el ofensor y la víctima.

Las emociones juegan un rol importante en estos homicidios, lo que más se relaciona es la gratificación que el ofensor pueda tener durante la consumación del hecho.

El 30 a 50% de los asesinatos en serie, se relacionan más a las metas del ofensor a través del acto violento que a asesinar; razón por la cual los AS retrasan la detección de la víctima por parte de la familia o de la policía, se apoderan de los objetos personales de

la víctima, se involucran en actividades sexuales con la víctima, siendo estas actividades más importantes para el asesino que la misma acción de matar. Es importante recalcar que el ofensor trata de distanciarse psicológicamente de la víctima, tal como lo hace el asesino de una sola persona, realizando coito anal y el uso de cobertores en los ojos de las víctimas.

Canter y col. (2004) sugieren que este tipo de asesino esconde la evidencia, la destruyen o mueven el cuerpo del delito, ya que ellos han cometido crímenes previos y ya han sido encarcelados por los mismos.¹¹

FASES DEL CICLO DEL ASESINATO EN SERIE.

FASE	CONDUCTA
Aura	Disminuye contacto con la realidad
Rodaje	Seguimiento víctima
Galanteo	Atracción de víctima
Captura	Caída en la trampa
Totem/Asesinato	Alto contenido emocional
Depresivo	Postmortem

ETIOPATOGENIA DE LA AGRESIVIDAD:

En los modelos animales se han clasificado 3 formas de agresividad:

1.- Agresión predatoria. Lo que se encuentra en la búsqueda de alimentos de ciertas especies omnívoros y carnívoros, en esta existe estimulación eléctrica de un circuito que incluye los sitios hipotalámicos dorso lateral y la mitad ventral periacueductal gris.

2.- Agresión inter machos. No se sabe con exactitud que circuitos intervienen pero se postula que hay una alta densidad de receptores de testosterona en la amígdala media a través del área preóptica e hipotalámica anterior, hasta bajar al periacueductal gris del tallo cerebral.

3.- Agresión reactiva. Incluye ataques sin planeación, llenos de furia hacia el objeto que se considera amenazante o frustrado. Se ha identificado el siguiente circuito que va desde las áreas amigdaloides mediales, vía el estria terminalis hasta el hipotálamo medial y desde ahí hasta al mitad dorsal del periacueductal gris

Agresividad humana:

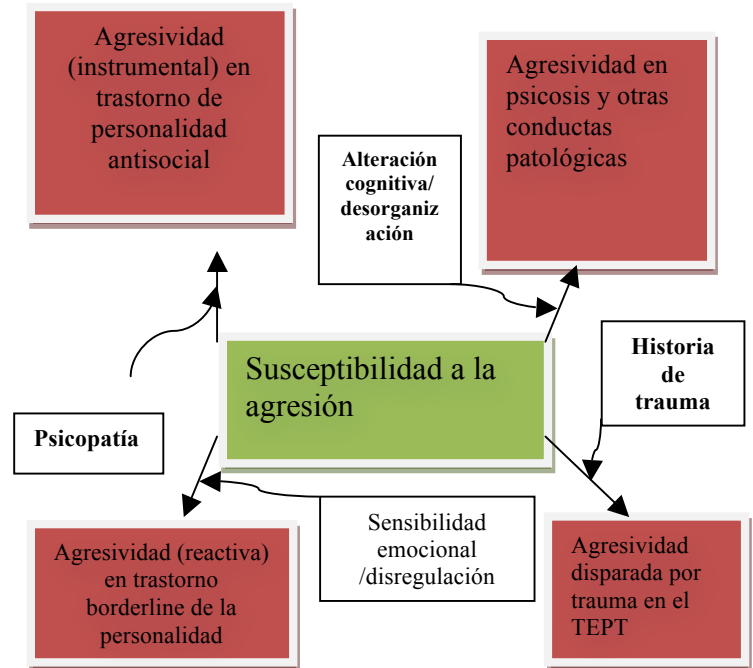
De los tres modelos enumerados previamente es la agresión reactiva la que mas se relaciona con la violencia humana. Esta se activa ante la amenaza y la frustración. De hecho, se ha establecido una asociación entre el trastorno de estrés posttraumático (TEPT) y la agresividad reactiva. En el TEPT las neuronas en este sistema de amenaza pueden estar consideradas en un nivel de umbral bajo de tal forma que cualquier estímulo ambiental por menor que sea puede iniciar una agresividad reactiva.

Conceptualmente se ha establecido una diferenciación entre agresividad reactiva (impulsiva) y agresividad instrumental (premeditada, proactiva, predatoria)¹². La agresividad instrumental tiene un propósito y una meta específica y puede se referida como “a sangre fría” y es altamente influenciada por el ambiente de aprendizaje del individuo, por ejemplo, el ambiente de aprendizaje influye en que tipo de armas usar: puños o armas de fuego, mientras que la reactiva se presenta en situaciones de amenaza y frustración, siendo una de sus características fundamentales lo abrupto y la furia.

Como se ilustra en la figura 1 la susceptibilidad a la agresividad puede manifestarse de diferentes formas, de acuerdo al contexto psicopatológico en el cual ocurra, por ejemplo: en el contexto de la psicopatía, la cual se caracteriza por una falta de empatía y un comportamiento tosco hacia los demás, puede manifestarse como agresividad instrumental con

características antisociales y hasta cometer actos criminales característicos del trastorno de personalidad antisocial.

Figura 1. Susceptibilidad a la agresividad y Diagnóstico Psiquiátrico



Fte. Siever Larry. Neurobiology of aggression and violence. Am J Psychiatry 2008; 165:429-442)

Cuando la susceptibilidad se asocia con alteración cognitiva coexistente o desorganización con alteración de la realidad, la agresividad puede manifestarse en conductas psicóticas o “desviadas”, tales como el homicidio, abuso sexual y asesinatos en serie. Cuando la susceptibilidad a la agresividad ocurre en un individuo predispuesto a la ansiedad que posteriormente es expuesto a un trauma, los actos agresivos pueden presentarse en situaciones que

evoquen el trauma original, como ocurre en el TEPT. Cuando hay presente una alta sensibilidad

emocional y disregulación, la agresividad reactiva o impulsiva puede ocurrir, tal y como ocurre en el trastorno borderline de la personalidad. La susceptibilidad a la agresividad puede presentarse por un estado de humor alterado o de ansiedad, como en el trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno por pánico. La agresividad episódica y violencia puede acompañar a la demencia.

En cualquiera de los contextos que se han mencionado, la agresividad impulsiva puede ser considerada como un umbral menor para la activación de respuestas agresivas motoras a impulsos externos sin un adecuado reflejo a las consecuencias negativas de dicha conducta.

Neuroanatomía y Neurobiología de la agresividad (ver figura 2)

I. Corteza

El rol crítico del control que ejerce la corteza pre frontal en las conductas agresivas y disociales, fue primeramente reconocido en el contexto de lesiones corticales pre-frontales en comportamientos agresivos. Las lesiones que ocurran en la niñez y adultez sobre la corteza pre-frontal ventromedial resultan en una severa alteración de la emoción, que lleva a una disminución de discernimiento en la vida real.¹³. Los pacientes que presentan lesiones de lóbulos frontal, incluyendo la corteza pre-frontal, probablemente usarán más la intimidación física y las amenazas en situaciones de conflicto.

El lóbulo temporal también se involucra en la susceptibilidad a la violencia y agresividad. Esta relación se manifiesta en conductas agresivas en pacientes que presentan tumores pero que también pueden ser asociadas con otras lesiones de dicho lóbulo.

Estudios de Imagen: Hay reducción en la sustancias grises pre frontal, como lo observado en pacientes con el trastorno disocial de la personalidad. Además se

ha encontrado disminución de la corteza frontal izquierda y de la corteza cingulada anterior derecha en pacientes con trastornos borderline de la personalidad, la cual es más marcada en el área 24 de Brodmann. La corteza temporal, particularmente la corteza temporal medial y el hipocampo, han también demostrado tener alteraciones estructurales, incluyendo asimetría en los sujetos antisociales.¹⁴ Además se ha encontrado disminución del metabolismo de glucosa usando tomografía por emisión de positrones (PET) en las cortezas temporal y frontal, asimismo hay una relación inversa entre la historia de conducta agresiva violenta y el metabolismo de la glucosa en la corteza orbito frontal y la temporal derecha, con reducción del metabolismo en las áreas de Brodmann 46 y 6 en pacientes con trastornos borderline de la personalidad.

En la imagen por resonancia magnética funcional, se encontró que en los pacientes con trastorno borderline de la personalidad hay mayor actividad de la amígdala, giro fusiforme, giro parahipocámpico, declive cerebelar, corteza pre-frontal ventrolateral, áreas visuales occipitales y regiones relacionadas con el procesamiento sensorial, emocional y facial, mientras que los individuos sanos presentaban una mayor actividad de la ínsula, la cual se involucra en el procesamiento visceral emocional y de la corteza dorsomedial y dorsolateral prefrontal, que se involucra en el procesamiento cognitivo.

II. Sistema límbico/Estructuras subcorticales

Existe hiperactividad del sistema límbico, incluyendo estructuras como la amígdala, en respuesta a estímulos negativos o provocadores.

Kindling: este fenómeno ocurre cuando un circuito es sometido a estimulación repetida y se vuelve sensible o “sensibilizado” a estimulación futura. Aunque este fenómeno se ha asociado

al trastorno bipolar, también puede ser aplicado a los arranques repetidos de violencia y explosión. Las regiones que se implican con este fenómeno incluyen regiones de la corteza límbica, tales como la amígdala y corteza entorhinal, que puede implicarse en la agresividad impulsiva.

III. Neuromoduladores

❖ Neurotransmisores

Serotonina: Esta facilita las regiones cortical pre-frontal, tales como la corteza orbitofrontal y cingular anterior, las cuales modulan y generalmente suprimen el surgimiento de comportamientos agresivos al actuar en los receptores 5HT₂ de estas regiones. Cabe resaltar que la depleción de serotonina se implica en la disminución del aprendizaje de la cooperación y disminución en la percepción de la confianza.¹⁵ Los antagonistas

de los receptores 5HT_{2A} reducen la impulsividad en los modelos de animales y los neurolépticos atípicos con antagonismo 5HT_{2A} tienen buena acción anti agresiva

Catecolaminas: Hay aumento en la sensibilidad de los receptores noradrenérgicos y esta puede estar relacionada a una hiper reactividad al ambiente, lo que indirectamente aumenta la probabilidad de agresividad. La dopamina se involucra en la iniciación de conducta agresiva y la disminución de los receptores D₁ se han implicado en los pacientes que presentan depresión con ataques de ira.¹⁶

Acetilcolina: Las anomalías en la actividad colinérgica pueden contribuir a la hiperactividad de las regiones límbicas subcorticales, resultando en que el individuo presente disforia o irritabilidad, lo cual puede llevar a agresividad.

Glutamato/GABA: El desequilibrio en la actividad de estos, puede contribuir a la hiperactividad de regiones subcorticales límbicas. Los moduladores de los receptores del ácido gamma amino butírico tipo A puede aumentar la agresividad y la tiagabina, un inhibidor de la recaptura de GABA, disminuye la agresividad.

❖ Neuropéptidos

Vasopresina: Esta se implica tanto en la agresividad como en la conducta filial. En los estudios de animales en los cuales se encontró densidades mayores de neuronas que contenían vasopresina en el hipotálamo anterior, se asociaban con mayor agresividad selectiva.

Oxitocina: Esta se involucra en la conducta de afiliación y confianza, reduce la actividad en la amígdala humana, por lo que su déficit podría contribuir a la hostilidad, miedo y desconfianza, todas estas son elementos pre condicionantes para el surgimiento de la agresividad.

Neuroesteroides: Las altas concentraciones de testosterona han sido reportadas en poblaciones caracterizadas por ser altamente agresivas, incluyendo criminales con trastornos de personalidad.

Eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.

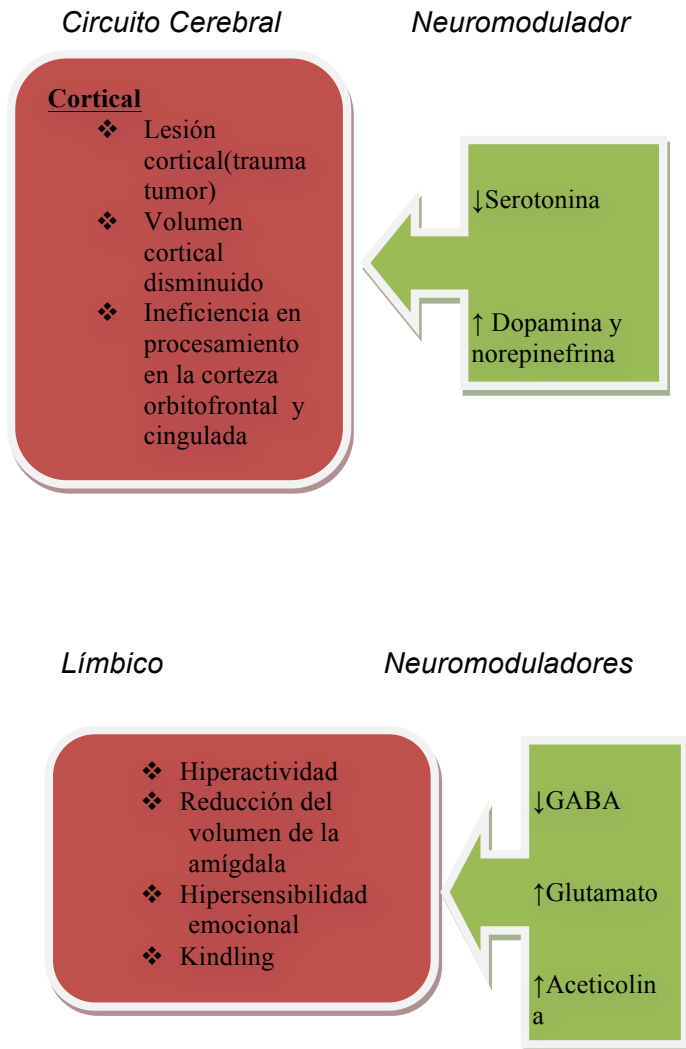
Las concentraciones de cortisol han sido encontradas bajas en los individuos altamente agresivos y esta agresividad se ha asociado con anticuerpos reactivos al factor liberador de la corticotropina.

Esteroles y ácidos grasos: El colesterol disminuido se asocia con conducta agresiva,

incluyendo crímenes violentos e intentos suicidios violentos.

10

Fig. 2 Circuito cerebral y Neuromoduladores regulando la Agresión



Fte. Siever Larry. *Neurobiology of aggression and violence*. Am J Psychiatry 2008; 165:429-442)

Genética

Estudios de gemelos y familias sugieren que la agresividad, particularmente el tipo impulsivo/irritable, tiene un alto grado de herencia (44%-72%), lo que es consistente con meta análisis de más de 20 estudios de gemelos. Las interacciones de los genes juegan un rol en la agresividad y conducta antisocial. Existen factores ambientales, como ser el observar o experimentar agresividad como niño o adolescente, así como

factores socioeconómicos que conducen a la agresividad. Aquellos individuos que están predispuestos a ser agresivos son particularmente vulnerables a la adversidad psicosocial. Por ejemplo, los genes para el transportador de serotonina y monoaminooxidasa tipo A (MAO-A) interactúan con el maltrato infantil y la adversidad para predisponer a la violencia.¹⁷

Teorías psicopatológicas

De acuerdo a Burgess y col, los AS son individuos que de niños tuvieron un mal apego, experiencias traumáticas y un mundo interno y privado de pensamientos y fantasías. Este modelo se basa en estudios de asesinos en serie masculinos y ofensores sádicos. En un estudio que comparaba 17 asesinos de un solo crimen con 25 hombres AS, encontraron en este último grupo una fantasía intrusiva representada por mayor rango de parafilia y fantasías violentas. Los escenarios de su crimen fueron más organizados, lo que sugería mayor premeditación y planeación.

Una vez que han iniciado a cometer homicidios, realizan cada vez más ensayos para cometer el homicidio fantaseado. Después de que han realizado el primer homicidio, la experiencia subjetiva de dominación y control de la víctima se vuelve un mayor reforzamiento de su comportamiento y como la realidad no llena su fantasía, el asesino puede repetir su actividad para poder alcanzar un resultado similar al deseado en sus fantasías.

Se ha planteado que en el caso de las mujeres que son AS, haya antecedentes de: abandono por padres, abuso sexual, abuso infantil, trastornos de personalidad, baja autoestima y un sentido personal de inadecuación.⁹

En un estudio realizado a 24 ofensores sexuales se encontró que la fantasía sexual servía para:¹⁸

1. Regular el afecto

2. Estimulación sexual
3. Mecanismo de defensa
4. Re experimentar y llevar a cabo nuevas ofensas.

Se ha sugerido que la fantasía per se pueda estimularles sentimientos de grandiosidad y omnipotencia, ya que la mayoría de las fantasías son “perfectas” y le dan la oportunidad al soñador que pueda tener el control completo del escenario imaginado. Estas fantasías pueden ocurrir antes, durante y después de la ofensa.

La sensación de control y poder durante el crimen es el factor mas motivante.

Se ha propuesto que el perpetrador participa en ambos roles, tanto de víctima como de ofensor, para explicar esto se han propuesto las siguientes teorías:

1. Teoría relacionada al trauma
2. Teoría relacionada a distorsión cognitiva
3. Hipótesis de víctima sustituta
4. Hipótesis vicaria (tomar el lugar de otro)
5. El modelo de tolerancia adictiva
6. Hipótesis de grandiosidad sádica

Teoría del trauma

Plantea la asociación entre abuso infantil y abandono y postula que algunas de los actos ofensivos son una reviviscencia del trauma de niño. Esto se relaciona a “la identificación con la víctima”.

Otros plantean que el ofensor se identificó tempranamente con una figura parental que era tanto agresora como víctima.

Otra teoría traumatogénica es la de la madre sexualmente provocativa, quizás abusó sexualmente del menor, por lo que el homicida desplaza su agresividad hacia la madre a otras figuras femeninas.¹⁹

Teoría de la distorsión cognitiva

Estos individuos plantean actitudes y creencias que justifican su conducta, como ser que sus víctimas desean ser

abordadas por ellos, es decir desean el contacto sexual.

En esta se plantea que el homicida pretende “dirigir su propia película” y le dá a la víctima una especie de guión, y cuando no actúa de la forma en que él desea, el salta al escenario y castiga a la actriz o actor, demostrándole cual es la forma correcta.

Hipótesis de la Víctima sustituta

En esta se plantea que el AS se arrastra asimismo como sustituto de la víctima fantaseada cuando una víctima externa no está disponible.²⁰ Generalmente hay auto erotización mediante asfixia u otra técnica sadomasoquista.

Hipótesis Vicaria

Se plantea que el asesino debe identificarse con la víctima, para así saber que respuesta esperar de la víctima cuando él la torture.

Modelo de tolerancia adictiva

El concepto de tolerancia se deriva de los trastornos de abuso de sustancias y puede aplicarse hipotéticamente por los comportamientos compulsivos y ritualísticos de los AS. Como la Asociación Americana de Psiquiatría define tolerancia: efecto marcadamente disminuido cuando se usa continuamente una misma cantidad de una sustancia, ante esto se ha hipotetizado que existen otras formas de adicción gratificante en donde una mayor cantidad de “dosis” de un comportamiento se necesitará para alcanzar el mismo efecto.²¹

Teoría de la Grandiosidad Sádica

Cuando el ofensor asume el rol de una víctima actual o pasada. El ofensor busca el control de su víctima más allá de la vida y la muerte.

CONCLUSIONES

Los AS son individuos que de niños tuvieron un mal apego, experiencias traumáticas y un mundo interno y privado de pensamientos y fantasías.

De los homicidas 54% tienen algún trastorno de personalidad

Los AS utilizan en un 50% la tortura, mutilación, el motivo sexual es frecuente en un 50%

Los AS presenta alto grado de planeación y control (agresividad instrumental)

Se ha demostrado que en los AS, existe una disminución del volumen de la corteza prefrontal y sustancia gris y mayor activación del sistema límbico

BIBLIOGRAFIA

¹ Salfati G, Bateman A. Serial Homicide: An Investigation of Investigation of Behavioural Consistency. J. nvestig. Psych. Offender Profil. 2:121-144 (2005).

² Brodsky, Peter. *Serial Killers: The Method and Madness of Monsters*. The Berkley Publishing Group, Penguin Group, [2004](#). ISBN 0-425-19640-2

³ Eronen M, Hakola P, Tiihonen J: Mental disorder and homicidal behavior in Finland. Rch Gen Psychiatry 1996; 53:497-501.

⁴ Fazel S, Grann M. Psychiatric morbidity among homicide offenders: A Swedish population study. Am J Psychiatry 161:11, Nov 2004.

⁵ Serocsynski AD, Bergeman CS, Coccaro EF. Etiology of the impulsivity/aggression relationship: genes or environment? Psychiatry Res 1999;86:41-57

⁶ Scott J . Serial homicide. BMJ vol 312, 6-1- 96

⁷ Ramirez Mejia, Francisco A, Reyes Ticas, Americo agresividad, impulsividad y trastorno antisocial enprivados (as) de libertad y policias de la penitenciaría nacional y cefas. estudio de casos y controles(2007)

⁸ Cuquerella A. Asesinos en serie, clasificación y aspectos médico-forenses. Psic Criminal y forense. 2002

⁹ Anderson J. Genesis of a serial killer: Fantasy's Integral role in the creation of a Monster; Senior paper: May 1994. Psychology department, Luther college. Decorah, IA 52101.

¹⁰ Holmes: Offender Profiling: Approaches and developing profile: Offender Profiling, 2002. Disponible en URL: <http://www.jcg.jersey.sch.uk/subjects/psychology/crime/crimeffpro.html> (1989).

¹¹ Canter DV and Wentik. An empirical test of Holmes and Holmes's serial murder typology. Criminal Justice and behavior, 31, 489-515 (2004).

¹² Siever L. Neurobiology of Aggression and Violence. Am J Psychiatry 165:4, April 2008

¹³ Anderson SW, Barrash J, Bechara A, Tranel D. Impairments of emotion and real-world complex behavior following childhood or adult onset damage to ventromedial prefrontal cortex. J Int Neuropsychol Soc 2006; 12:224-235

¹⁴ Raine A, Ishikawa SS, Arce E, Lencz T, Knuth HK. Hippocampal structural asymmetry in unsuccessful psychopaths. Biol Psychiatry 2004; 55:185-191.

¹⁵ Wood RM, Rilling JK, Sanfey AG, Bhagwagar Z, Rogers RD. Effects of tryptophan depletion on the performance of an iterated prisoner's dilemma game in healthy adults. Neuropsychopharmacology 2006.

¹⁶ Dougherty DDF, Bonab AA, Ottowitz WE, Livni E, Alpert NM, Rauch SL, Fava M, Fischan AJ. Decreased striatal D₁ binding as measured using PET and ¹¹C SCH23,390, in patients with major depression with anger attacks. Depress Anxiety 2006; 23:175-177.

¹⁷ Reif A, Rosler M, Freitag CM, Schneider M, Eugen A, Kissling C, Wenzler D et al. Nature and nurture predispose to violent behavior: Serotonergic genes and adverse childhood environment. Neuropsychopharmacology 2007; 32:2375-2383.

¹⁸ Knoll J, Hazelwood R. Becoming the Victim beyond sexual sadism in sexual serial murderers. Aggression and Violent Behavior (2009), doi: [10.1016/j.avb.2008.12.003](#)

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication.

¹⁹ Meloy, R. (2000). The Nature and Dynamics of Sexual Homicide: An Integrative Review. *Aggression and Violent Behavior*, 5(1), 1-22

²⁰ Myers, W. C., Bukhanovskiy, A., Justen, E., Morton, R. J., Tilley, J., Adams, K., et al. (2008). The relationship between serial sexual murder and autoerotic asphyxiation. *Forensic Sci Int*, 176(2-3), 187-195.

²¹ American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental

Disorders (4th ed.). (2000).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN LAS DIFERENTES ETAPAS DEL DESARROLLO DEL NIÑO

Munguía Alejandra*, Meza Xarah**

RESUMEN

Los niños pueden presentar trastornos depresivos a cualquier edad, pues incluso hasta los niños en edad prepuberal pueden cumplir todos los criterios de un trastorno persistente del estado de ánimo. Aunque los criterios diagnósticos según el CIE 10 son prácticamente los mismos para todos los grupos de edad, la sintomatología en los niños varía según su edad, por lo que es importante para el psiquiatra conocer los diferentes matices para poder diagnosticarla.

Palabras clave: depresión, niños, tristeza

INTRODUCCIÓN

El reconocimiento de que los niños podrían cursar con un síndrome o trastorno depresivo es relativamente un descubrimiento nuevo.

Los psicólogos del desarrollo y los clínicos de la salud mental de niños por mucho tiempo habían asumido que los niños en edad escolar eran demasiado inmaduros para experimentar depresión clínica. Basados en esto, la idea de que un niño podría estar deprimido fue descartada en la práctica clínica y los síntomas se tomaron como transitorios y sin significado clínico. Sin embargo, esta idea fue refutada a mediados de 1980, cuando los estudios científicos disponibles mostraron que los niños no solo

podrían tener síntomas sino cumplir criterios de un trastorno depresivo.

EPIDEMIOLOGIA

Los trastornos depresivos son raros en niños en edad pre-escolar (0.3 – 0.9%). En los niños en edad escolar, la prevalencia es de aproximadamente el 1%. Entre los adolescentes la tasa de trastorno depresivo oscila entre el 1 y el 6%, y las tasas de adolescentes de sexo femenino doblan las de los de sexo masculino¹. Un reciente estudio de psicopatología en una muestra de niños entre 2 a 5 años (Angold et al., 2005) encontró una tasa de trastornos depresivos de 2.1%².

En Honduras, se realizó un estudio, en la clínica de Psiquiatría Infantil del Hospital Dr. Mario Mendoza, encontrándose que el 15.3% de los

*Médico Sub-especialista en Psiquiatría Infantil y del Adolescente, Hospital Mario Mendoza.

**Médico Residente de segundo año Postgrado de Psiquiatría.

pacientes atendidos tenían como diagnóstico, un trastorno depresivo, siendo el principal la distimia (Munguía, 2009).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los niños pueden presentar trastornos depresivos a cualquier edad, pues incluso hasta los niños en edad prepuberal pueden cumplir todos los criterios de un trastorno persistente del estado de ánimo.

Aunque los criterios diagnósticos según el CIE 10 son prácticamente los mismos para todos los grupos de edad, la sintomatología en los niños varía según su edad.

Los trastornos depresivos en los niños pueden pasar inadvertidos y hacerse notar hasta que se afecta el rendimiento escolar, se deteriora la relación con los compañeros (retramiento o aumento de los conflictos), hay cambios de conducta repentinos o el niño presenta pérdida en el interés de las actividades deportivas^{3, 4}.

Los investigadores comenzaron a notar similitudes y diferencias entre los niños y adultos con depresión, que incluyen tristeza, anhedonia, baja autoestima, y otros signos y síntomas vegetativos exclusivos en niños tales como quejas somáticas (dolores de estómago), aislamiento social, agresión, y rechazo a la escuela.

Hay que tomar en consideración que el estado de ánimo de los niños es más vulnerable a los estresores como ser: Cambios en la estructura familiar

(divorcio, muerte de uno de los familiares, separación por inmigración, etc), fracaso escolar y maltrato por parte de los cuidadores.

Se debe tomar en cuenta que los niños pequeños pueden presentar síntomas que ya no se observan tan a menudo cuando aumenta la edad, como las alucinaciones auditivas congruentes con el estado de ánimo, las quejas somáticas^{1, 5}.

Hay síntomas que aparecen independientemente de la edad, ejemplo: la ideación suicida, el estado de ánimo deprimido o irritable, el insomnio y la disminución de la capacidad de concentración.

Es importante tener presente que un niño tiene un riesgo superior de suicidio (o intento) en comparación con los no deprimidos⁶. En la tabla 1 se resumen los síntomas por etapa.

EDAD PRE-ESCOLAR

Luby y colaboradores, en el 2002, modificaron los criterios diagnósticos de depresión en niños preescolares, destacando el humor triste o irritable, la anhedonia, la disminución de la energía, los trastornos del apetito y sueño y una baja autoestima. También modificaron la duración, pues consideraron que el humor depresivo o irritable puede estar presente pero no necesariamente durante un periodo de 2 semanas. Otra modificación fue el tema persistente de muerte y suicidio en el juego, el cual fue incluido en la evaluación de la ideación suicida⁷.

Tabla 1. Manifestaciones clínicas por periodo

Edad	Manifestaciones clínicas
Pre escolar	Humor triste o irritable, anhedonia, trastornos del apetito y el sueño, baja autoestima, quejas somáticas, falta de interés en el juego
Escolar	Tristeza, anhedonia, exceso de culpa, quejas somáticas, cambio en el rendimiento escolar, comportamiento disruptivo, los niños mayores de 9 años pueden huir de casa, baja autoestima, miedo a la muerte y desesperanza
Adolescentes	Trastornos del sueño y apetito, conductas imprudentes, pobre rendimiento escolar, dificultad en las relaciones, irritabilidad, ideación e intento suicida

En una muestra de 75 pre-escolares deprimidos, solamente el 7% cumplió los criterios de depresión mayor (J.L. Luby et al., 2008)⁷.

Estos niños deprimidos son menos capaces de verbalizar sus emociones y presentan más quejas somáticas vagas (“me duele la barriga”, “no me siento bien”), tienen arrebatos de llanto, gritos, una irritabilidad inexplicable y falta de interés al jugar con sus amigos^{6,7}.

EDAD ESCOLAR

Los niños en edad escolar muestran los siguientes síntomas: tristeza, anhedonia, exceso de culpa, o puede enmascararse con quejas somáticas (dolor de estomago) o comportamiento disruptivo.

También pueden presentar fatiga, dificultad en la realización de su trabajo escolar, falta de motivación².

Niños mayores (de 9 a 12 años), comienzan a hablar de huir fuera de casa, se aburren con facilidad, tienen baja autoestima, culpa, cambio en el

rendimiento escolar, desesperanza y miedo a la muerte.

ADOLESCENTES

Aunque los adolescentes presentan mayor probabilidad de manifestar los criterios de los trastornos depresivos, generalmente estos no lo manifiestan y pasa inadvertido por los padres.

A los adolescentes se les observa más trastornos del sueño y del apetito, ellos inclusive pueden exhibir conductas imprudentes (uso de drogas, promiscuidad sexual, etc.), pobre rendimiento escolar, dificultad en las relaciones, y pueden presentar ideas delirantes, irritabilidad, ideación e intentos suicidas^{1,3}.

A pesar de las diferencias en la probabilidad de algunos síntomas, Birmaher y colaboradores (2004), han encontrado que los niños y adolescentes deprimidos tienen patrones, curso, comorbilidad, respuesta al tratamiento farmacológico e historia familiar en gran medida similares⁵.

CONCLUSION

Es importante tener en cuenta la diversidad de manifestaciones clínicas depresivas que pueden estar presentes en la infancia, pues el detectarlas a tiempo disminuye el riesgo de suicidio.

BIBLIOGRAFIA

1. Chrisman A., Egger H., Compton S., et al. Assessment of Childhood Depression. *Child and Adolescent Mental Health* 2006; 11(2): 111–116.
2. Luby, M.D. Early Childhood Depression. *Am J Psychiatry* 2009; 166:974–979.
3. Dopheide J. Management of Depression in Children and Adolescents. *Journal of Pharmacy Practice* 2001; 14(6): 488-497
4. Luby J. Preschool Depression: The Importance of Identification of Depression Early in Development. *Current Directions in Psychological Science* 2010; 19(2): 91-95
5. Sadock B., Sadock V. Sinopsis de Psiquiatría Clínica. Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
6. Luby, J.L., Belden, A.C., Pautsch, J., Si, X., & Spitznagel, E. The clinical significance of preschool depression: Impairment in functioning and clinical markers of the disorder. *Journal of Affective Disorders* 2009; 112: 111–119.
7. Luby, J.L., Heffelfinger, A., Mrakotsky, C., Hessler, M., Brown, K., & Hildebrand, T. Preschool major depressive disorder: preliminary validation for developmentally modified DSM-IV criteria. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002; 41: 928–937.