



INSTITUTO NACIONAL  
DE PSIQUIATRÍA  
RAMON DE LA FUENTE

# Información

## Clínica

Volumen 12

Número 11

Noviembre del 2001

## Los trastornos de conducta en la infancia y en la adolescencia. Una revisión de los últimos diez años

■ El trastorno desafiante oposicionista (TOD) y el trastorno de la conducta (TC) (también llamado disocial) continúan siendo uno de los principales trastornos juveniles que se atienden en las clínicas de salud mental y comunitarias, y causan una gran preocupación debido al alto grado de deterioro que ocasionan y a su mal pronóstico. Muchas formas de delincuencia son también síntomas del TC.

### Características del TOD y del TC

La discusión más importante se refiere al grado en el que el TOD y el TC se relacionan, y en el que deben distinguirse uno del otro. La mayoría de la evidencia empírica apoya la distinción entre el TOD y el TC, así como las distinciones entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y el TOD y el TC. La distinción que hay entre un síndrome que incluye conductas del TOD y conductas agresivas del TC; y otro que incluye conductas no agresivas del TC. En una gran proporción de muchachos la agresión emerge tempranamente en la vida y generalmente está acompañada por síntomas del TOD. La posibilidad de que los diagnósticos del TOD y TC del DSM-III-R no identifiquen de manera segura a las mujeres preadolescentes con conductas antisociales. En lugar de la agresión física, las mujeres tienden a usar una agresión indirecta, verbal y racional, en sus relaciones interpersonales. El modificar los criterios diagnósticos para las niñas puede ser clínicamente útil.

### Estabilidad

Un elemento de la validez de los constructos diagnósticos es su confiabilidad en el tiempo. La persistencia del diagnóstico se registró en 50% de los niños que, por lo menos, tenían problemas serios de conducta que no calificaban para el trastorno. La severidad de los síntomas influye en la estabilidad del trastorno. A pesar de su baja prevalencia en las mujeres, la estabilidad de las conductas disruptivas tiende a ser igual o más alta en ellas que en los hombres.

### La búsqueda de subtipos pronósticos

El DSM-IV discute la subtipificación del TC basándose en la edad de inicio, y usa el número y la intensidad de los síntomas como indicadores clínicos de severidad. La utilidad pronóstica de otros factores, como los síntomas encubiertos vs. los abiertos, la comorbilidad del TDAH y los síntomas tempranos del trastorno de personalidad antisocial (TPA), ha aumentado durante la última década.

### El inicio temprano vs. el tardío

En el DSM-IV se reemplazó la distinción que hace el DSM-III-R de la agresión socializada, por los subtipos, basándose en la edad de inicio (a los 10 años o antes vs. a los 11 o después). La edad de inicio se ha criticado debido a que se basa en una sola medición, por el sesgo que implica el recuerdo de la edad a la que empezó. Se concluyó que en las muchachas, el único tipo de TC es el de inicio tardío. En los muchachos con TDAH, el TC aparece a temprana edad. En 1996, se encontró que en 92% de los muchachos con TDAH y TC, el TC empezó antes de los 12 años de edad, y que con frecuencia va precedido por síntomas persistentes del TOD. Cuando empieza antes de los 10 años es más probable que se presente con agresividad.

### Niveles de severidad de los síntomas

El DSM-IV distingue entre los diferentes niveles de severidad de los síntomas del TOD y del TC. Cuando se anticipan los síntomas

## Contenido

<b>Los trastornos de conducta en la infancia y en la adolescencia. Una revisión de los últimos diez años</b>	<b>61</b>
<b>Déficit cognoscitivo en depresión. Implicaciones posibles para la neuropatología funcional</b>	<b>64</b>
<b>Antidepresivos como factor de riesgo para enfermedad cardíaca isquémica: Estudio de caso-control en cuidados primarios</b>	<b>65</b>
<b>Aspectos neuropsiquiátricos del delirio</b>	<b>66</b>

en relación con la edad y el género, es pronóstico del resultado posterior. Por ejemplo, se encontró que las peleas y la crueldad en las mujeres eran síntomas atípicos, y más predictivos de un TC.

### **La conducta disruptiva abierta vs. la encubierta**

Hay evidencia substancial para subtipificar el TC de acuerdo con la distinción entre las conductas disruptivas abiertas (confrontaciones y peleas) y las encubiertas (robo). El componente emocional de la agresión es importante en la rumiación, en el rencor y en el deseo de venganza.

### **El TC con y sin TDAH**

Los muchachos con TC y TDAH tienen peor pronóstico que aquellos sin TDAH. El hallazgo más constante de los estudios es que en los jóvenes con TDAH y TC comórbido, aparecen más temprano los síntomas disruptivos de los trastornos de conducta (TCD) que en los jóvenes que sólo tienen TC. Es posible que el TDAH en los niños con TOD sea un marcador del inicio temprano de los síntomas del TC.

### **Los síntomas tempranos del TPA**

Los resultados más serios de los TCD son el TPA y la psicopatía. Según el DSM-IV, el TPA no puede diagnosticarse antes de los 18 años de edad, pero algunos síntomas del TPA pueden ya estar presentes en un subgrupo de jóvenes de menor edad con TCD.

Aunque todavía habrá que estudiarla, parece posible hacer una subclasificación del TC basándose en los síntomas del TPA. En resumen, además de su inicio y su severidad, los factores de atipicidad en relación con la edad y el género, las conductas disruptivas abiertas y ocultas, la aparición temprana del TPA o de los síntomas de psicopatía, parecen ser importantes para el pronóstico.

### **Los problemas de los criterios diagnósticos**

La evaluación de los TCD se ha complicado debido a los cambios en los criterios de las diferentes versiones del DSM. El DSM-IV indica que no debe diagnosticarse el TC cuando las conductas se presenten como una reacción al contexto social inmediato, como sería vivir en un área de alta criminalidad.

### **Métodos de evaluación**

Las entrevistas diagnósticas estandarizadas y los procedimientos para obtener la información diagnóstica de los maestros han tenido un gran desarrollo, pero por el tiempo y el costo que requieren, varios estudios han considerado las escalas de evaluación como una alternativa de las entrevistas psiquiátricas para evaluar el TOD y el TC. Actualmente se intenta emprender la evaluación sistematizada de los TOD en los preescolares.

### **Informantes**

Hay poca correlación entre los diferentes informantes sobre el TOD en los muchachos. En promedio los padres y los maestros habían reportado una prevalencia más alta del TOD en los muchachos. La información de los niños fue muy útil para establecer los criterios sobre su deterioro, y más aún, para predecir el TC un año después.

Los niños son los mejores informantes en los casos de TC, debido a que no siempre informan de sus actos ocultos a los adultos. La información de los maestros, y la de ellos con la de

los padres y la de los niños, coincidió más con los criterios del deterioro para el TOD.

### **Epidemiología**

Para comprender mejor la naturaleza de estos trastornos y para planear y administrar los servicios de salud pública y mental es importante conocer las variaciones en la prevalencia del TOD y del TC de acuerdo con la edad, el género, el estado socioeconómico, el lugar en el que viven y su grado de urbanidad. Los menores cambios en los criterios diagnósticos pueden producir grandes diferencias en la prevalencia.

### **La prevalencia de acuerdo con la edad**

Algunos estudios sugieren que la prevalencia del TC tiende a aumentar a partir de la mitad de la infancia hasta la adolescencia. Los estudios sobre la delincuencia juvenil muestran que la prevalencia de las conductas no agresivas del TC aumentan a lo largo de la infancia y de la adolescencia. La prevalencia de los problemas encubiertos de conducta aumenta de la infancia a la adolescencia. En contraste, la prevalencia de ciertas formas de agresión, como los pleitos a golpes, disminuye durante el mismo periodo. Sin embargo, la prevalencia de las formas serias de agresión, como el robo, la violación y el intento o consumación del homicidio, tienden a incrementarse durante la adolescencia.

Varios estudios han encontrado un riesgo 3 o 4 veces mayor de desarrollar el TC en los hombres que en las mujeres. El TC en las mujeres se asocia con el TPA y con el embarazo temprano. Las niñas con TC tienen más probabilidad de tener parejas antisociales, lo cual aumenta el riesgo de que sus descendientes tengan TCD. Pero las mujeres tienen índices más bajos de delincuencia que los hombres, aunque frecuentemente son arrestadas por acciones encubiertas, no agresivas de delincuencia.

Se ha comprobado que las diferencias en la conducta disruptiva de los niños y de las niñas no emerge sino hasta después de los 6 años de edad.

### **La prevalencia debido al estado socioeconómico**

Hay más prevalencia de TOD y de TC entre los jóvenes de familias con bajo nivel socioeconómico. El TC de inicio temprano, frecuentemente relacionado con un mal pronóstico, es propio de las áreas urbanas.

### **La prevalencia a lo largo del tiempo**

Hay una prevalencia más alta de TC en los niños y en los adolescentes que en los adultos. Esta prevalencia puede reflejar un recuerdo sistemáticamente sesgado y no las verdaderas diferencias generacionales. Hay indicios de que en los últimos años han ido desapareciendo las diferencias en los actos delictivos de los niños y de las niñas.

### **La comorbilidad y los cambios en su desarrollo**

Las condiciones comórbidas pueden indicar los diferentes niveles de la gravedad del trastorno. Hay pocos estudios que proporcionen evidencia de trastornos comórbidos asociados con el TOD. Se encontraron bajos niveles de comorbilidad en los casos de TOD en las muestras comunitarias: 14% con TDAH, 14% con trastorno de ansiedad y 9% con trastorno depresivo.

Sin embargo, los sujetos con TC corren más riesgo de presentar otros trastornos durante la infancia y la adolescencia. Se ha

sugerido que varios trastornos están asociados con el TC, incluyendo el TPA, el abuso de sustancias, la manía, la esquizofrenia y el trastorno obsesivo compulsivo. El TDAH es una condición comórbida común en los jóvenes con TC, que está asociada con un mayor riesgo de presentar ansiedad y depresión.

### **El TDAH comórbido**

En los niños con TDAH aumentan los niveles de conducta antisocial durante la adolescencia y la edad adulta. Los jóvenes que sólo tenían TDAH o TC no presentaron índices más altos de conducta antisocial en la edad adulta que en la niñez. El TDAH no fue un buen predictor de que se iniciara nuevamente el TC en ausencia de TOD. Se sugirió un modelo en el que solamente los niños con TDAH, que también hubieran tenido TOD comórbido, desarrollaran TC en la infancia, con un subgrupo de niños con TC que desarrollarán más tarde TPA. Usando los criterios del DSM-IV, se encontró que la hiperactividad-impulsividad, pero no la inatención, contribuyeron al riesgo de desarrollar una conducta criminal.

### **La ansiedad**

Paradójicamente, los trastornos de ansiedad en la infancia parecen proteger a los niños de una futura conducta antisocial cuando se presentan solos, pero los jóvenes que desarrollan TC corren más riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad comórbido.

Es importante distinguir entre la inhibición conductual (como la ansiedad y la timidez) y el aislamiento social con respecto a la delincuencia. La inhibición, más no el aislamiento social, era un factor protector contra la delincuencia (OR = 0.16).

### **Los trastornos afectivos**

El TC y los síntomas depresivos frecuentemente coexisten. Es posible que el TC sea un precursor de la depresión en algunos niños. En un estudio comunitario, se encontró que el riesgo de que los sujetos con una historia de depresión desarrollen TC fue de 2.9%, pero ese TC no predecía la depresión.

El curso del TC puede ser diferente del de la depresión cuando coexisten; algunos autores propusieron una categoría diagnóstica: «El trastorno de conducta depresivo». También se ha sugerido que algunos TC no agresivos, de inicio tardío, son secundarios a la depresión y distintos del otro TC.

El alto índice de comorbilidad de la depresión con el TC es preocupante debido al abuso de sustancias y al suicidio. Los adolescentes con TC pueden experimentar ciclos de ánimo elevado, expansivo y depresivo. Esto podría coincidir con los informes que indican que los síntomas del trastorno bipolar coexisten con el TDAH y con el TC. Esta comorbilidad puede presentarse desde la preadolescencia a un nivel subsindrómico.

### **El trastorno somatomorfo**

El DSM-IV considera al TC como un riesgo de que se desarrolle posteriormente un trastorno somatomorfo. Hay pocos estudios sobre la asociación del TC con los trastornos somatomorfos en los niños y en los adolescentes.

### **El abuso de sustancias**

Hay una fuerte asociación entre el TC y el uso de sustancias. El TC empieza antes o al mismo tiempo que el trastorno por uso de sustancias; y el inicio temprano del uso de éstas predice la conducta delictiva.

### **El género y la comorbilidad**

Las mujeres con antecedentes de problemas de conducta tenían un alto índice de casi todos los trastornos.

Las condiciones comórbidas en las niñas con TC son relativamente predecibles, como es el caso de la depresión y la ansiedad, que son más frecuentes en las mujeres. Es paradójico que el género que tiene la prevalencia más baja de un trastorno corra más riesgo de desarrollar otro trastorno relativamente raro, que el género que tiene la prevalencia más alta de un trastorno. El género y la edad son parámetros cruciales para el desarrollo de comorbilidad con el TC.

Las mujeres con diagnóstico de TDAH tienen más probabilidades que los hombres de calificar para un diagnóstico de TC, aunque la prevalencia de ambos trastornos sea mucho más baja en las mujeres que en los hombres. Se postula la hipótesis de que la impulsividad puede ser una de las características más importantes en la relación entre el TDAH y el TC.

La asociación entre el TC comórbido y el uso de sustancias es diferente en los hombres y en las mujeres. La severidad del TC se ha relacionado con la severidad del trastorno por uso de sustancias en los hombres, pero no en las mujeres. Mientras los problemas predominantes de los hombres son los relacionados con las conductas antisociales, las mujeres experimentan más problemas relacionados con su actividad sexual temprana, el abuso de alcohol y el uso de marihuana.

El TC y el uso de sustancias con frecuencia se agrava por la depresión, particularmente en las mujeres con TC.

### **Secuencias del desarrollo entre los TCD y las condiciones comórbidas**

El TOD puede ser un precursor del TC, el cual puede, a su vez, ser un precursor del TPA. El TDAH comúnmente se presenta junto con el TOD y el TC, pero recientemente se ha sugerido que el curso del TC no se afecta si no había previamente un TOD. La ansiedad y la depresión son menos comunes en la infancia y tienden a surgir concurrente e interactivamente con el TC, precediendo al principio la ansiedad a la depresión. El abuso de sustancias tiende a desarrollarse con el TC. Es probable que la manifestación del TPA, particularmente la violencia, aumente por el consumo de sustancias como el alcohol.

### **Conclusión**

Mientras que la conducta oposicionista y la conducta delictiva son síndromes distintos, no está muy claro si la agresión debería ser considerada como parte del TOD y del TC (TC agresivo u oculto), o distinto tanto del TOD como del TC oculto. Las modificaciones que se han hecho a los criterios diagnósticos han alterado la evaluación y los índices de prevalencia de los TCD, aunque han mejorado la utilidad de los diagnósticos. Hay varios factores que distinguen a los subgrupos que tienen diferentes pronósticos, incluyendo la edad de inicio, el género y la agresividad. La prevalencia de los TCD puede variar de acuerdo con la edad, la generación, el género, la urbanidad y el nivel socioeconómico. El TOD, el TC y el TPA pueden estar jerárquicamente relacionados.

(Lino Palacios, Francisco de la Peña)

### **Bibliografía**

LOEBER R y cols.: Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, Part. 1. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39:1468-1474, 2000.

# Déficit cognoscitivo en depresión. Implicaciones posibles para la neuropatología funcional

## Introducción

En la última década ha existido un renovado interés por evaluar a pacientes con depresión en un amplio rango de tareas neuropsicológicas. Así, se ha promovido el interés en cuanto a que, al igual que la esquizofrenia y los trastornos neurológicos, los trastornos afectivos se pueden asociar con un patrón distinto de disfunción cognoscitiva. En este artículo se busca revisar los déficit cognoscitivos reportados para la depresión, así como la manera en que éstos pueden reflejar alteraciones en la anatomía y el funcionamiento de las vías neuronales frontosubcorticales.

## Método

De enero de 1966 a septiembre de 1999, se realizaron búsquedas en Medline y Psycinfo, utilizando los términos: pruebas neuropsicológicas, función cognoscitiva, depresión y trastornos depresivos, de los cuales se seleccionaron los más rigurosos por su metodología.

## Resultados

### *Déficit cognoscitivo en depresión*

La depresión se asocia con varios déficit de la memoria episódica y el aprendizaje. Este hallazgo es consistente en la mayoría de los estudios y en él parece intervenir tanto la memoria verbal explícita como la visual en pacientes con depresión melancólica (endógena) y no melancólica (no endógena). Las lesiones en los lóbulos temporales interfieren típicamente con la memoria episódica, y dado que se han encontrado reducciones en el volumen del hipocampo en pacientes con depresión mayor, se puede inferir que la función mnémica se asocia con la disfunción del hipocampo en la depresión. Sin embargo, los estudios iniciales que examinaron las alteraciones en las tareas ejecutivas arrojaron resultados contrastantes, y, en general, se observó un deterioro significativo en los sujetos con depresión más grave. Otros estudios confirman tendencias previas que reportaban déficit selectivos en cuanto al cambio de atención en la depresión.

### *Gravedad de la depresión, subtipo de depresión e impacto en el desempeño cognoscitivo*

El efecto de la gravedad de la depresión en el desempeño de tareas neurocognoscitivas se ha estudiado en repetidas ocasiones; con base en ello se ha realizado una correlación entre los puntajes arrojados por la escala de Hamilton para la depresión y los puntajes en las pruebas neurocognosciti-

vas. Sin embargo, los hallazgos han sido contrastantes. En lo que respecta al impacto del subtipo depresivo en el desempeño de tareas, los estudios arrojan resultados varios; entre éstos se incluye el hecho de que los sujetos con depresión endógena presentaban mayor déficit en todas las tareas cognoscitivas. Sin embargo, la relación entre la gravedad y el subtipo de depresión es una variable que se puede prestar a confusiones. Dicho lo anterior, se han realizado diversos estudios que apoyan la hipótesis de que es más probable que los déficit frontales observados en la depresión se presenten como resultado de la gravedad de la depresión, más que como resultado del subtipo de depresión.

### *Impacto de la motivación en el desempeño cognoscitivo en la depresión*

La motivación se ha definido como “la habilidad para iniciar las actividades apropiadas, ya sea espontáneamente o en respuesta a demandas ambientales”. Dado que las asociaciones implícitas entre estímulo y recompensa se basan parcialmente en la habilidad de experimentar placer, la motivación debe de alguna manera estar ligada al impulso hedonista, y a su vez, al afecto. La comprensión que tenemos de la motivación se basa predominantemente en el estudio de pacientes con lesiones en los lóbulos frontales, personas en quienes la motivación y el afecto están seriamente comprometidos, lo que sugiere, al menos en dichos pacientes, “que el afecto y el impulso (motivación) son dos caras de la misma moneda”. No está claro, sin embargo, si estudiar la motivación reducida implique de alguna manera estudiar la depresión. Algunos estudios han propuesto que la motivación alterada en pacientes deprimidos se puede medir como falta de una respuesta apropiada a una recompensa explícita (sesgo de la respuesta). Como resulta evidente, un déficit en la motivación tiene el potencial de dañar el desempeño de todas las tareas neurocognoscitivas. Que lo anterior no ocurra en todos los casos invita a suponer que algunas tareas son más sensibles que otras a tales efectos.

### *Recuperación de la depresión: ¿existe alteración neuropsicológica permanente?*

Un pequeño número de estudios han comparado el desempeño de sujetos recuperados de la depresión con controles; nuevamente, dichos estudios han arrojado resultados diversos. Se cree, sin embargo, que en pacientes con historia de depresión, pueden aparecer déficit en la memoria y en las funciones ejecutivas. Resta esclarecer su relación con variables epidemiológicas importantes, como la edad, el tratamiento, la duración y la cronicidad de la enfermedad, así como el número de episodios.

### *Relación entre edad, enfermedad microvascular y deterioro cognoscitivo en la depresión*

La edad se asocia con una disminución progresiva en la función cognoscitiva. En particular, los procesos mentales se vuelven más lentos, existe un desempeño más pobre en tareas que requieren esfuerzo, así como mayor susceptibi-

lidad a distractores y perseveración. Estas son tareas en que los sujetos con depresión, y especialmente aquéllos con depresión grave presentan déficit. La edad avanzada también se asocia con un incremento en la enfermedad microvascular cerebral, que parece ser particularmente importante en sujetos con depresión de inicio tardío. No obstante, aún no se ha logrado entender las consecuencias neurobiológicas de la depresión; puede ser posible que existan secuelas vasculares que podamos ver sólo con la tecnología adecuada cuando se expresa en el cerebro añoso. Como alternativa, puede haber factores que predispongan a la depresión en casos graves de inicio temprano o aun mediar los efectos de los sucesos vitales precipitantes.

Si se integran las manifestaciones neurocognoscitivas y afectivas en la depresión en un marco de referencia neuroanatómico, es posible demostrar la presencia de redes funcionales paralelas o asas que unen las regiones prefrontales y subcorticales. La interrupción o el daño en estas redes neurales se ha vinculado con la patogénesis de diversos trastornos psiquiátricos, incluida la depresión. Los estudios sugieren que el afecto y la función cognoscitiva pueden estar anatómicamente unidos en el nivel de las regiones ventromedial u orbitofrontal. Exactamente cómo influye esto en la relación entre ambas regiones prefrontales clave (dorsolateral y orbitofrontal) y sus conexiones subcorticales frontales permanece como una pregunta sin respuesta. Sin embargo, a la luz de estos hallazgos es necesario revisar la propuesta inicial de que las redes frontosubcorticales operan de manera independiente.

(Abigail Ortiz-Domínguez)

## Bibliografía

MARIE-PAUL A, MITCHELL P, GOODWIN P: *Brit J Psychiat*, 170:200-206, 2001.

# Antidepresivos como factor de riesgo para enfermedad cardíaca isquémica: Estudio de caso-control en cuidados primarios

■ La depresión mayor es una causa importante de la incapacidad. En áreas hospitalarias, hasta 45% de los pacientes con infarto al miocardio presentan posteriormente depresión, la cual constituye un factor independiente que aumenta la morbimortalidad del paciente. Los antidepresivos tricíclicos no son recomendables para pacientes con enfermedad cardíaca isquémica (ECI), debido a su actividad arritmogénica; sin embargo, aún no es claro el papel que cumple en la etiología de ECI. Hay estudios que mencionan un aumento en el riesgo por el uso de medicamentos psicotrónicos; en contraste, otros estudios

mencionan que la asociación entre depresión y ECI refleja una relación primaria, más que por fármacos. El presente estudio valora qué antidepresivos constituyen un factor de riesgo, así como las diferencias entre grupos de antidepresivos y fármacos individuales. Para el estudio se dio seguimiento a 933 hombres y mujeres que padecían ECI, además de 5516 controles, durante 12 años. En pacientes que recibieron inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAO), así como en aquellos que no recibieron antidepresivos, se presentó un aumento significativo en el desarrollo de la ECI. En quienes recibieron inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) se detectó un aumento en el riesgo de la ECI. Sin embargo, después de hacer un ajuste en que se tomaron en cuenta otros factores, como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, el tabaquismo y la obesidad, el aumento ya no fue significativo. Quienes recibieron antidepresivos tricíclicos (ADT) presentaron un aumento significativo en el riesgo de la ECI, a pesar de que se hizo un ajuste en los factores mencionados; en comparación con los ISRS, el aumento permanece elevado. Dentro del grupo de ADT se analizaron la amitriptilina, la doxepina y la lofepramina. El riesgo de ECI se elevó con los tres medicamentos. Sin embargo, después de hacer un ajuste en factores como la diabetes, la hipertensión arterial, el tabaquismo y la obesidad, el aumento significativo sólo permanece con la doxepina. También se presentó una relación dosis-efecto pues, en los pacientes que tomaron más de 50 mg de ADT, el riesgo aumentó en comparación con pacientes que recibieron dosis menores. El riesgo también fue mayor después de cuatro prescripciones. La asociación entre antidepresivos y ECI se confirma sólo para los tricíclicos, una vez que se toman en cuenta factores que pudieran causar confusión. De manera directa, la depresión puede conducir a problemas coronarios o, indirectamente, a causa de una salud precaria relacionada con hábitos como el tabaquismo o la inactividad física. Los ADT pueden causar hipotensión ortostática y arritmias, lo cual puede precipitar a su vez un infarto al miocardio, así como un aumento en la resistencia a la insulina en pacientes diabéticos no insulino-dependientes, factor que se asocia con los ateromas.

Después de hacer el ajuste con los factores mencionados, el uso de doxepina se relaciona con una probabilidad 67% más alta de desarrollar ECI (uno de cada 50 pacientes tratados con doxepina la desarrollan). El riesgo es directamente proporcional a la dosis y número de prescripciones. Los datos que encontramos sugieren que la cardiotoxicidad de la doxepina permanece tiempo después de la suspensión del fármaco. En cuanto a los ISRS, hay poca evidencia de efectos cardíacos adversos, aunque no existen datos sobre los efectos a largo plazo. El presente estudio encuentra suficientes evidencias para establecer una asociación entre doxepina y ECI subsecuente, así como una relación dosis-respuesta.

(Roberto Manuel Rosales Tristán)

## Bibliografía

HIPPISLEY-COX J, PRINGLE M, HAMMERSLEY V: *BMJ*, 323:666-669, 2001.

# Aspectos neuropsiquiátricos del delirio

■ La mayoría de la literatura relativa a los aspectos neuropsiquiátricos de los delirios está contaminada por una falla que ocurre al distinguir entre delirios y entre alucinaciones, así como trastornos del pensamiento y psicosis. Aunque las alucinaciones pueden acompañar a los delirios, son fenómenos diferentes. Los primeros pueden acompañar virtualmente cualquier trastorno de la mente. Los síndromes psicóticos se han reportado en una amplia variedad de trastornos neurológicos. En casos como la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad de Huntington y la enfermedad de Parkinson, la incidencia de psicosis es mayor que en la población general. Los investigadores notaron que regiones cerebrales específicas se encuentran asociadas con síntomas particulares; por ejemplo, una asociación entre delirios primarios y lesiones del lóbulo temporal y corticales izquierdas. Otro estudio confirma que una alta incidencia de enfermedades del SNC puede ocasionar psicosis. La fenomenología psicótica observada en pacientes con y sin enfermedad del SNC no varía del todo. Se estudiaron 115 casos de psicosis, de los cuales a 23 se les detectó la enfermedad del SNC, que contribuye a la psicosis. Reportaron que la localización y el grado de alteración cognoscitiva asociada se relaciona con la fenomenología de los delirios. En general, los pacientes con compromiso importante de la corteza y alteraciones cognoscitivas significativas muestran delirios de persecución simples, con una estructura deficiente. Aquéllos con alteraciones límbicas, de ganglios basales o subcorticales con menos alteración cognoscitiva, presentan delirios de persecución complejos. Sin embargo, se sabe que la presencia de delirios no implica un trastorno funcional. Existen algunos trastornos en los cuales los delirios se han estudiado con más cuidado. En seguida se comentará sobre ellos.

**Epilepsia:** pueden existir alucinaciones multimodales, alteraciones del pensamiento y delirios que precedan una convulsión, o como parte de la misma, en estado postictal o interictal; la mayoría de estos pacientes sufren delirios de tipo persecutorio, místico-religioso, de grandeza, etc. Con ello se probó un promedio de 14 años de duración de la epilepsia, previo a la aparición de los síntomas psicóticos. Los síntomas esquizofreniformes se asocian con focos epilépticos temporales izquierdos.

**Demencia:** los síntomas psicóticos y los delirios son complicaciones frecuentes de las dos formas más comunes de la demencia multiinfarto y de la enfermedad de Alzheimer, en una proporción de 15 a 60%. En este tipo de pacientes es importante diferenciar entre confabulación e idea delirante, siendo la primera de estas las que son susceptibles de convencerse de lo contrario y de corta

duración, en comparación con el delirio de características contrarias. En general se trata de ideas delirantes simples, de tipo persecutorio. Sin embargo, la presencia de ideas delirantes en un paciente demente no significa que éstas estarán presentes siempre, y en este sentido se ha calculado una duración de 2.4 años. También existe una relación con otras enfermedades cerebrovasculares, trastornos extrapiramidales y traumatismos craneoencefálicos.

Los síndromes delirantes pueden complicar cualquier trastorno del SNC. La evaluación de cualquier síndrome delirante debe incluir una cuidadosa historia y pruebas de monitoreo para descartar enfermedades del SNC. Respecto al tratamiento de los síndromes orgánicos delirantes, se recomienda controlar la causa subyacente, asesorar la presencia de trastornos del estado de ánimo orgánicos y tratarlos intensivamente; asimismo se debe tratar con neurolépticos tomando en cuenta siempre los niveles terapéuticos, los trastornos del movimiento asociados y el riesgo aumentado de disquinesia tardía.

(Claudia Becerra Palars)

## Bibliografía

ALLISTER MTW: *Psychiatric Annals*, 22:5, mayo, 1992.

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:

Angélica Bustamante, Norma Vollrath, Mario Aranda Marqués y Elizabeth Cisneros.

