



# Información

## Clínica

Volumen 20

Número 7

Julio 2009

### Una adecuada relación terapéutica reduce el riesgo suicida en el trastorno bipolar

■ Entre todos los padecimientos psiquiátricos, el trastorno bipolar está entre los factores de riesgo más prominentes para el suicidio consumado. Se asocia además a tasas más elevadas de intentos de suicidio e ideación suicida. De acuerdo a los datos obtenidos en un reciente estudio, se considera que los pacientes bipolares piensan menos en el suicidio si el profesional que los atiende establece una relación terapéutica de colaboración. Su trabajo parte de la información conocida que muestra que entre 33% y 80% de los pacientes bipolares expresan ideas de suicidio en algún momento a lo largo del curso de su enfermedad.

Con la finalidad de determinar la influencia de la fase de la enfermedad (depresiva, maniaca o mixta) y la percepción de su relación terapéutica sobre la ideación suicida, los investigadores entrevistaron a 432 pacientes bipolares de una clínica de consulta externa, en diversas fases del padecimiento. Encontraron que 213 (49%) presentaban algún tipo de ideación suicida en el curso de las dos semanas previas a la entrevista. El riesgo de la ideación suicida tuvo una relación importante con la fase en curso del padecimiento. De esta manera, la idea estuvo presente en algún momento de las dos semanas previas en el 77% de los pacientes con estados mixtos, en el 61% de los que estaban en depresión, en el 54% de los que estaban en manía y en el 19% de los eutímicos. Asimismo la ideación fue más común en los sujetos masculinos y en aquellos con un nivel más bajo de funcionamiento.

Después de tomar en cuenta la fase actual del trastorno, así como otras variables, el grupo les aplicó a todos los sujetos una escala de evaluación que determinaba qué tanto percibían una actitud de colaboración por parte de los clínicos que estaban a su cargo. Esta escala tiene una graduación que va de 0 a 60 puntos. En la medida en que la puntuación se incrementa, el paciente siente más apoyo y colaboración del clínico. De esta manera encontraron que la ideación suicida disminuyó en la medida en que la puntuación de la escala aumentó. Los autores llegan a varias conclusiones a partir de los datos generados por su trabajo. Por una parte documentan que la ideación suicida se presenta en los pacientes bipolares a pesar de que ya estén bajo tratamiento. Esto implica la necesidad de revalorar frecuentemente este aspecto en todo paciente a lo largo de los tratamientos. Por otra parte consideran que es claro que el manejo de la ideación suicida y el riesgo implícito en ella, no debe de limitarse al tratamiento farmacológico. Su estudio pone en clara evidencia la necesidad de desarrollar simultáneamente una adecuada relación médico-pacien-

te. El que el paciente bipolar perciba la empatía del clínico y la disposición a colaborar para la resolución de sus problemas, tiene un papel preponderante para lograr reducir y eventualmente controlar las ideas con respecto al suicidio.

Este estudio sin duda es relevante ya que acentúa la necesidad del tratamiento integral del paciente bipolar. Por eso es necesario que el clínico desarrolle habilidades que le permitan transmitir al paciente la sensación de apoyo, entendimiento y colaboración. De esta manera el riesgo de suicidio, un riesgo latente en este padecimiento, se reduce y así el resto de las intervenciones terapéuticas tendrán mayores probabilidades de éxito.

(Francisco Romo Nava)

#### Bibliografía

ILGEN M, CZYZ E, WELSH J y cols.: A collaborative therapeutic relationship and risk of suicidal ideation in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*, 115:246-251, 2009.

### Síndrome metabólico y esquizofrenia

■ El concepto de síndrome metabólico en sus varias acepciones engloba la idea de que la resistencia a la insulina se asocia a una serie de anormalidades fisiológicas que incrementan el

#### Contenido

|                                                                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Una adecuada relación terapéutica reduce el riesgo suicida en el trastorno bipolar                                                        | 37 |
| Síndrome metabólico y esquizofrenia                                                                                                       | 37 |
| Uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina en las etapas finales del embarazo y el riesgo de hipertensión y preeclampsia | 39 |
| Guía terapéutica actualizada para el trastorno bipolar                                                                                    | 39 |
| Anormalidades morfométricas cerebrales en niños con trastorno de conducta                                                                 | 40 |
| ¿Es la hipocondriasis un trastorno de ansiedad?                                                                                           | 41 |

riesgo de presentar diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) y enfermedad cardiovascular. Ya que esta última es una causa importante de mortalidad entre los pacientes con esquizofrenia, es recomendable que los clínicos procuren examinar con más frecuencia la condición cardiovascular de estos sujetos.

La preocupación sobre el riesgo que pueden tener los antipsicóticos atípicos para desarrollar problemas metabólicos ha generado un incremento exponencial de artículos recientemente publicados sobre este tema, que discuten alrededor de la prevalencia de la DM 2 y de los estados prediabéticos tales como el síndrome metabólico. Ya que la medición de la sensibilidad a la insulina es una prueba complicada de laboratorio, la identificación de los criterios clínicos del síndrome es una alternativa más factible para detectar a aquellos sujetos en riesgo y así reducir las probabilidades que desarrollen DM 2. Muchos clínicos alrededor del mundo han empezado a aplicar el monitoreo metabólico como un procedimiento de rutina en pacientes que reciben antipsicóticos. En muchas ocasiones, este monitoreo se efectúa sin una clara comprensión de cuáles parámetros se correlacionan más con la resistencia a la insulina, o bien cuáles son las opciones para aquellos que manifiestan signos de esta resistencia. Es indiscutible que este tema es de importancia en el ámbito de la salud pública, por lo que se requiere que la comunidad psiquiátrica se interese en conocerlo.

En esta revisión de la información publicada hasta la fecha, los autores incluyen los datos acumulados en relación a la prevalencia del síndrome en pacientes con esquizofrenia y elaboran una discusión sobre la evidencia existente del efecto de esta enfermedad mental en el riesgo metabólico. Adicionalmente resumen los principales conceptos básicos de patofisiología que intervienen en el desarrollo del síndrome metabólico. No existe suficiente documentación que pruebe que los esquizofrénicos tengan una prevalencia mayor del síndrome, en comparación con quienes no tienen este padecimiento. La gran pregunta consiste en definir qué impacta más: la enfermedad por sí misma o sus condiciones circundantes (inactividad, tabaquismo y hábitos de alimentación). Como sucede con muchas enfermedades, la respuesta es que ambas condiciones tienen participación. Las contribuciones directas de la enfermedad en este caso son, sin embargo, menos claras. Inicialmente se encontraron datos contradictorios con respecto a la presencia de hiperinsulinemia preprandial, un aumento en la adiposidad y otras anormalidades endocrinas. El mayor obstáculo para llegar a resultados consistentes ha sido el no contar con una muestra suficiente de pacientes vírgenes al tratamiento, sin embargo recientemente han surgido datos provenientes de cohortes de sujetos estudiados por la presencia de su primer episodio de la enfermedad. A pesar de contar ahora con más información, aún no es posible determinar cómo el padecimiento confiere un riesgo metabólico por sí mismo. La información prospectiva generada en los pacientes revela que la adiposidad central es mejor que el índice de masa corporal para predecir el desarrollo futuro de diabetes. Entre los análisis de laboratorio la hipertrigliceridemia asume un papel importante por dos razones: su asociación con la resistencia a la insulina y su prevalencia durante el tratamiento con antipsicóticos atípicos. La elevación de los niveles séricos de triglicéridos es un resultado directo de la resistencia a la insulina debido a que las lipasas dependientes de insulina en los adipocitos se inhiben con la presencia de insulina. En la medida en que empeora la resistencia, se incrementa la lipólisis lo cual lleva a la liberación de cantidades excesivas de ácidos grasos libres que en el hígado se transforman en triglicéridos. De esta manera, los niveles elevados de éstos se convierten

en un marcador de resistencia a la insulina. Cuando la relación triglicéridos/lipoproteínas de alta densidad es mayor a 3, es un mejor marcador que la glicemia para predecir resistencia a la insulina.

Por lo tanto, para el clínico la contribución de la esquizofrenia al riesgo metabólico es, al igual que la edad, el género y los antecedentes familiares, un riesgo inmodificable. Lo mejor que se puede hacer es conocer la información clínica básica e incluir los antecedentes familiares y estudios básicos de laboratorio. La necesidad de vigilar los parámetros del síndrome metabólico en la esquizofrenia ha sido reiteradamente consensuada por varios paneles mundiales de expertos. Una importante conclusión es que las intervenciones que modifiquen el estilo de vida de los sujetos son la mejor manera de mejorar la sensibilidad a la insulina y evitar el riesgo de desarrollo de diabetes. Ya que la obesidad es un factor primario de riesgo, el control ponderal es una meta importante en estos cambios. El resultado de estos cambios deberá ser evaluado periódicamente. Si bien estos factores son poco modificables, se puede reducir el riesgo de desarrollar un síndrome metabólico por el uso juicioso de los medicamentos que, como se sabe, tienen posibilidades de incrementarlo. Debido a que los medicamentos pueden ser la principal causa de disfunción metabólica, el clínico deberá considerar, en sujetos con riesgo, utilizar medicación menos riesgosa. Además de los tratamientos habituales para la dislipidemia y la hipertensión arterial, hay cierta evidencia de que el uso de metformina puede reducir el incremento de peso inducido por antipsicóticos. Su mecanismo de acción aún es incierto, pero parece ser que reduce la producción generada por el hígado de glucosa endógena. Otro agente antidiabético en estudio actual es la pioglitazona, la cual actúa sobre un factor de transcripción nuclear, haciendo que los precursores de los adipocitos maduren a formas adultas más sensibles a la insulina. Otro posible medio de mejorar el control de la glicemia es el relacionado a la acción de unas moléculas novedosas denominadas incretinas. Dentro de ellas ha sido estudiado un péptido tipo glucagon que ahora se sabe que estimula la secreción postprandial de insulina.

Se puede concluir entonces que el síndrome metabólico es un problema importante de salud pública en los pacientes esquizofrénicos. Diversos factores contribuyen a la elevada prevalencia de problemas metabólicos en estos pacientes. La comprensión del riesgo biológico asociado a la enfermedad mental es un campo fértil de investigación que puede generar beneficios clínicos en el futuro cercano. Por el momento, es necesario que los clínicos apliquen diversas estrategias para minimizar el riesgo metabólico que se presenta en los esquizofrénicos. Entre estas estrategias hay que darle importancia a la aplicación de medidas de cambios de estilo de vida, experimentar cambios de antipsicóticos por razones metabólicas y, lo más importante, practicar medidas preventivas por medio de la vigilancia permanente de los parámetros metabólicos. La determinación de niveles preprandiales de triglicéridos es un método excelente para determinar resistencia a la insulina. Para aquellos pacientes con síndrome metabólico que fallan en la implementación de cambios en el estilo de vida, el uso de agentes antidiabéticos es una buena opción.

(Rafael López Sánchez)

### **Bibliografía**

MEYER J M, STAHL S M: The metabolic syndrome and schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 119:4-14, 2009.

# Uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina en las etapas finales del embarazo y el riesgo de hipertensión y preeclampsia

■ La información generada en diversos estudios sugiere que entre 12% y 25% de todas las mujeres muestran algunos síntomas de depresión durante el embarazo. De este grupo, entre 2% y 13% reciben tratamiento con antidepresivos. Los fármacos más utilizados en estos casos son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), con los que se logra un adecuado control de los síntomas afectivos. Además, con su prescripción se reducen los riesgos de las consecuencias adversas que con gran frecuencia se producen tanto en la madre como en el producto cuando la depresión no se atiende. No obstante, hay evidencia de que el uso de estos medicamentos a lo largo del embarazo presenta también el riesgo de generar efectos adversos en ambos. El uso de ISRS se ha asociado a veces a algunos defectos específicos del nacimiento y, si se administran en el último trimestre, a hipertensión pulmonar en el recién nacido, a partos prematuros y bajo peso, pero son pocos los estudios que se han enfocado a evaluar los efectos adversos de estos fármacos específicamente en las madres. Está comprobado claramente que una de las principales causas de morbilidad y mortalidad durante el embarazo es la preeclampsia. Clínicamente el cuadro se diagnostica por la presencia de hipertensión arterial y proteinuria. Se especula que existen causas psicológicas como el estrés, la ansiedad y la depresión, que disparan los procesos vasculares patológicos que desembocan en este problema. Es posible que la serotonina, por medio de sus efectos vasculares y hemostáticos tenga un papel en la etiología de este fenómeno y, como es sabido, si los ISRS modifican los niveles circulantes de este neurotransmisor, es posible también que pudieran tener un papel etiológico.

Los pocos estudios que sugieren que el riesgo de preeclampsia se incrementa en aquellas mujeres deprimidas, no han evaluado de manera independiente el posible efecto del uso de antidepresivos. Si en realidad existe una asociación entre depresión y riesgo aumentado de tener preeclampsia, no se puede distinguir si esta asociación es el resultado de los factores biológicos o conductuales de la depresión, si la medicación participa en ello o bien si es el resultado de ambos factores. Las mujeres deprimidas que se embarazan o que al menos lo planean, suelen luchar junto con sus médicos sobre la decisión de mantener o suspender los medicamentos. Considerando estos antecedentes, el presente estudio investigó si el riesgo de padecer hipertensión gestacional y preeclampsia se modifica con y sin la prescripción de ISRS más allá del primer trimestre del embarazo.

Los autores compararon la incidencia de hipertensión y preeclampsia en mujeres embarazadas que fueran normotensas al inicio del estudio. Reclutaron una muestra de aquellas que recibieran ISRS (n = 199) y la compararon con otra que no tomaba estos fármacos (n = 5532). Encontraron que la hipertensión gestacional ocurrió en el 19.1% de las que tomaban antidepresivos, mientras que en las que no los recibieron ocurrió sólo en el 9.1%. La hipertensión se presentó en el 13.1% de las que sólo los recibieron durante el primer trimestre, y en el 26.1% de las que los recibieron durante más tiempo. Con respecto a la preeclampsia, ésta se encontró en el 2.4% de las que no reci-

bieron ISRS, en el 3.7% de quienes los tomaron sólo durante el primer trimestre y en el 15.2% de quienes los recibieron en los periodos avanzados del embarazo.

Los resultados de este estudio muestran datos con respecto al riesgo, pero no abordan la evaluación de éste en relación con el beneficio del uso de ISRS durante el embarazo. La relación entre la suspensión del tratamiento y el riesgo de recaídas ha sido analizada en diversos trabajos. La información obtenida en el presente estudio sugiere que el uso de ISRS durante el embarazo puede identificar a aquellas mujeres con riesgo elevado de hipertensión/preeclampsia. Este riesgo se incrementa si los fármacos se mantienen en las etapas avanzadas de la gestación. Sin embargo, no se puede diferenciar qué tanto el incremento del riesgo se debe al efecto de los ISRS, al mismo trastorno afectivo subyacente o bien a una combinación de ambos. Por lo tanto, sólo con estudios prospectivos que tengan un adecuado diseño se podrán confirmar o refutar los hallazgos encontrados. Si éstos se corroboran, independientemente de su atribución a las causas, significará que las embarazadas que reciban ISRS en la etapa final del embarazo deberán ser cuidadosamente vigiladas ante la posible aparición de estas complicaciones. Como en todos los escenarios clínicos, el psiquiatra, junto con el obstetra, deberá tomar la decisión más adecuada para cada caso individual.

(Gabriela Villarreal)

## Bibliografía

THO S, MITCHELL AA, LOUIK C y cols.: Selective serotonin reuptake inhibitor use and risk of gestational hypertension. *Am J Psychiatry*, 166:320-328, 2009.

## Guía terapéutica actualizada para el trastorno bipolar

■ La Red Canadiense para el tratamiento de los trastornos afectivos y de ansiedad (CANAMAT) publicó originalmente en 2005 una guía terapéutica para el manejo del trastorno bipolar, con una actualización posterior en el año 2007. En el presente año publican una nueva revisión, en esta ocasión en conjunto con colaboradores de la Asociación Internacional de Trastorno Bipolar (ISBD). El objetivo que pretende la guía es hacer una revisión de las nuevas evidencias que han surgido en los últimos dos años para el tratamiento del trastorno, con la finalidad de utilizarse conjuntamente con la información existente en las publicaciones previas. Las recomendaciones para el manejo de las fases de manía permanecen prácticamente sin cambios: tanto el litio, como el valproato y los antipsicóticos atípicos continúan como los fármacos de primera elección para estos episodios. No se recomienda la asociación de olanzapina con carbamazepina, y el uso del tamoxifeno aparece en esta ocasión como una alternativa de tercera línea.

Por lo que respecta al manejo de los episodios de depresión bipolar, aparecen como de primera elección el uso, en monoterapia, de litio, lamotrigina y quetiapina. La combinación olanzapina más un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina y la asociación de litio o valproato más un inhibidor selectivo de serotonina o bupropión también se siguen considerando como de primera elección. Con la información actualizada se considera ahora al modafinil como alternativa de segunda elección, además de que se recomienda no utilizar al aripiprazol como monoterapia en estas fases.

Tanto el litio como la lamotrigina, el valproato y la olanzapina continúan como opciones de primera línea para el manejo de las fases de mantenimiento del trastorno. Hay información nueva que sustenta que la administración de quetiapina es una buena opción, tanto en monoterapia como asociada a estabilizadores, para la prevención de episodios de depresión o de manía; el aripiprazol por su parte, demuestra un buen perfil como medicamento preventivo de episodios maniacos. La risperidona, en su presentación parenteral de larga acción, tanto en monoterapia como en combinación, así como la ziprasidona en este mismo esquema, han demostrado ser opciones alternas para la prevención de los dos polos de la enfermedad. Una buena aportación de esta revisión son las recomendaciones de manejo del trastorno bipolar tipo II. Generalmente, a este tipo no se le da la suficiente importancia para su tratamiento lo cual es inquietante debido a su prevalencia y a la problemática que se asocia en los pacientes que la presentan y que no se tratan de manera adecuada. Para estos pacientes, durante las fases de depresión la guía recomienda como primera elección a la quetiapina, como segunda al litio, la lamotrigina y el divalproato, tanto en monoterapia como combinados con antidepresivos. Como tercera alternativa, los antidepresivos en monoterapia, ya que si bien el riesgo de virar a manía es mayor en el trastorno tipo I, en el II no se descarta la posibilidad. Finalmente se dan recomendaciones para el tratamiento del trastorno durante el embarazo y el periodo de post-parto. En general hay evidencia que sustenta que el uso de estabilizadores, de antidepresivos y de antipsicóticos atípicos representa más beneficio que riesgo potencial. Se sugieren algunas líneas de manejo para el trastorno en los adultos mayores, en aquellos pacientes con condiciones comórbidas y se discuten aspectos relacionados con el síndrome metabólico asociado al padecimiento.

(Ingrid Vargas Huicochea)

## Bibliografía

YATHAM LN, KENNEDY SH, SCHAFFER A y cols.: Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. *Bipolar Disord*, 11:225-255, 2009.

# Anormalidades morfométricas cerebrales en niños con trastorno de conducta

■ El Trastorno de Conducta (TC) es uno de los que más solicita los servicios de los psiquiatras infantiles. Se caracteriza por un patrón de conductas que violan los derechos básicos de los otros; algunos niños desarrollan un Trastorno Antisocial de la Personalidad, sobre todo aquellos que inician de forma temprana o que presentan comorbilidad con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). En los últimos años se ha investigado sobre la neurobiología de ambos trastornos; basados en datos de imagenología cerebral, las alteraciones en la corteza orbitofrontal y el sistema límbico se han relacionado con la conducta antisocial en los adultos. Dichas regiones se asocian con la anticipación del castigo y la recompensa y la habilidad para interpretar señales sociales que conducen al miedo, respectivamente. En niños sólo se conocen tres estudios de neuroimagen, en el primero se encontró que el cerebelo de los niños con TDAH comórbido con TC presentaba menor volumen en comparación con niños con-

trol; en el segundo se encontró que el volumen del lóbulo y la sustancia gris temporal derecha fue menor en niños con TC; en el tercero se utilizó la morfometría basada en voxels (MBV) y se encontró que el volumen de la sustancia gris de la amígdala izquierda y de la ínsula bilateral estaba disminuido en los niños con TC con y sin TDAH. El objetivo del presente estudio fue investigar las diferencias en la estructura cerebral de los niños con TC en comparación con niños control, utilizando el análisis MBV; la hipótesis planteada fue que se encontrarían diferencias en las cortezas orbitofrontal y límbica (relacionadas con los TC), así como en los circuitos fronto-estriatal y fronto-cerebelar (implicados en el TDAH) y que estas diferencias se correlacionarían con la gravedad de los trastornos. Se incluyeron 23 niños del sexo masculino con edades comprendidas entre 12 a 17 años que cumplieron con los criterios diagnósticos para TC y algunos padecían además TDAH; se excluyeron a los que contaban con otro diagnóstico psiquiátrico, a los que tuvieran un CI menor a 80 o algún trastorno neurológico. Todos ellos fueron admitidos al Departamento de Psiquiatría de un hospital universitario desde la infancia y participaron en otras investigaciones, por lo que fueron evaluados con entrevistas diagnósticas estandarizadas (K-SADS) en la infancia y, posteriormente, en la adolescencia. La entrevista fue realizada por un psiquiatra de niños y adolescentes con experiencia. Además se aplicaron escalas de gravedad para TC y TDAH. Todos los pacientes estaban libres de medicamento al momento del estudio. Se reclutaron 23 sujetos controles, comparados por el método de pares por edad y CI, a los cuales se les aplicó la misma entrevista diagnóstica para constatar que no padecieran ningún trastorno psiquiátrico. Se utilizó un resonador de 1.5-T, se obtuvieron imágenes de todo el cerebro con el uso de un isótopo con los siguientes parámetros: TR 2200 msec, 160 cortes de 1mm.

Para el análisis volumétrico se aplicó el protocolo de MBV, el cual minimiza la contribución del tejido que no es cerebral ni sustancia gris para la normalización espacial y segmentación, lo que permite estudiar a la verdadera sustancia gris. Las imágenes de la sustancia gris fueron moduladas y suavizadas para identificar la cantidad promedio de materia gris contenida alrededor de un voxel. Se compararon ambos grupos con un modelo de análisis de covarianza. Los resultados reportados en un nivel de significancia  $< 0.05$  fueron corregidos para múltiples comparaciones con un umbral en el nivel de voxel de  $< 0.001$ . Se realizaron análisis de regresión simple para la relación de la severidad de los síntomas de TC y TDAH con las anomalías de la sustancia gris. Se realizaron pruebas t para muestras independientes para comparar los grupos por edad, CI, sustancia gris, sustancia blanca, LCR y volumen cerebral global.

El 74% (17) de los 23 sujetos también cumplieron los criterios de TDAH. Los niños con TC tuvieron un promedio de 6% menor volumen de sustancia gris comparado con los controles, esta reducción se localizó en los lóbulos temporales bilaterales, la amígdala y el hipocampo izquierdo y las regiones orbitofrontales y ventromediales. Se encontró un aumento significativo del volumen de la sustancia gris en el cerebelo izquierdo y derecho. La intensidad de los síntomas de TC se relacionó inversamente con los volúmenes de la sustancia gris de las estructuras límbicas, el giro temporal medial derecho, el giro parahipocámpico izquierdo, el lóbulo temporal medial derecho, el hipocampo izquierdo, las áreas prefrontales y el giro occipital inferior y medio derecho, así como áreas del cerebelo. La escala de inatención no se correlacionó con ningún área y la escala de hiperactividad impulsividad se asoció con la disminución de la sustancia gris en las regiones dorsolaterales prefrontales izquierdas, áreas temporales y occipitales bilaterales y región parietal izquierda.

Hasta el momento no se conocen las alteraciones cerebrales estructurales de niños con el diagnóstico puro de TC. No queda claro si las anomalías encontradas en el presente estudio se deben al TC, al TDAH o a ambos. Las reducciones de la sustancia gris en esta muestra clínica se encontraron en dos localizaciones principales: la región orbito-frontal, importante para la regulación del afecto, y los lóbulos temporales bilaterales, incluyendo partes del sistema límbico. Se ha encontrado que las alteraciones morfológicas del lóbulo frontal afectan la actividad de la amígdala, relacionada con los procesos del miedo. Las diferencias con los estudios previamente reportados pueden deberse al tamaño de la muestra y a los diferentes métodos para analizar las imágenes de la RM, así como a la heterogeneidad de los grupos. La gravedad de los síntomas del TC se correlacionó inversamente con la sustancia gris del sistema límbico, lo que se ha asociado con déficit en la activación asociada con el miedo y la necesidad de búsqueda en la adolescencia, ambos rasgos son factores de riesgo para la impulsividad y la conducta antisocial. Las limitaciones metodológicas fueron las siguientes: la mayoría de los pacientes tenían comorbilidad con TDAH, no se obtuvo información sobre la regulación del afecto, tampoco se obtuvo información sobre la exposición a trauma o violencia familiar. Sin embargo, los hallazgos encontrados en este estudio sugieren que existe una relación entre el comportamiento antisocial en la infancia y en la adultez, debido a que las anomalías estructurales encontradas son similares y que estas anomalías proveen una base neurobiológica para dichos comportamientos. Es necesario realizar más investigaciones para poder probar la consistencia de estos hallazgos en el pronóstico del comportamiento antisocial.

(Daniela Díaz Jaimes)

## Bibliografía

HUEBNER T, VLOET T, MARX I y cols.: Morphometric abnormalities in boys with conduct disorder. *J Am Child Adolesc Psychiatry*, 47:540-547, 2008.

# ¿Es la hipocondriasis un trastorno de ansiedad?

■ De acuerdo al DSM-IV-TR, la característica principal de la hipocondriasis es una exagerada preocupación por tener una grave enfermedad médica, fundamentada en la falsa interpretación de las sensaciones corporales benignas o menores. Se enfatiza además que esta preocupación se mantiene a pesar de que exista evidencia médica que sustente lo contrario. El malestar puede estar focalizado a signos o síntomas específicos (ardor en la garganta), a enfermedades (cáncer) o bien a un fenómeno sintomático vago (mareo o cefalea). El paciente habitualmente relaciona las sensaciones corporales con posibles enfermedades (dolor = tumor, etc.). Es posible que la manifestación más observable sea la persistencia en buscar información sobre el síntoma o la enfermedad temida. Los hipocondríacos buscan repetidamente atención médica, solicitan que se les efectúen estudios y tratan de involucrar a sus familiares en sus preocupaciones. Como resultado de lo anterior cursan con problemas en sus relaciones sociales, en sus actividades laborales y en la interacción familiar. No es infrecuente que además la problemática genere conflictos económicos.

Se puede encontrar un traslape entre la hipocondriasis y otros padecimientos en dos niveles: en el primero se puede encontrar una similitud superficial con otros trastornos de ansiedad. En el segundo nivel la hipocondriasis puede acompañarse de ideas de amenaza o de daño que, sin ser delirantes, generen como consecuencia ansiedad. En el primer nivel la hipocondriasis semeja al trastorno obsesivo compulsivo por la presencia de pensamientos intrusivos que generan malestar y que se pueden acompañar de una conducta de repetición. Se han documentado similitudes con los subtipos de miedo a la contaminación en el sentido de que hay una preocupación sobrevalorada sobre el estado de salud-enfermedad. De igual forma, el padecimiento puede ser similar al trastorno de pánico debido a un estado de hipervigilancia sobre las sensaciones corporales normales, que se interpretan como parte de un probable padecimiento (como el poder tener un infarto del miocardio). En el segundo nivel el traslape adquiere otras características. La convergencia se da cuando la interpretación del síntoma se asocia a una idea de amenaza. Cuando esto sucede, el sujeto, con el temor excesivo a estar enfermo, lleva a cabo una serie de conductas de reafirmación que le permitan reducir la ansiedad que se produce. Estas conductas, denominadas de seguridad, paradójicamente mantienen las preocupaciones que intenta eliminar: a) evitando la extinción natural la ansiedad, b) interfiriendo con la corrección de las creencias e interpretaciones erróneas y c) incrementando la preocupación al estímulo temido. Por consiguiente, el proceso psicológico desemboca en la percepción de que alguna situación catastrófica acontecerá en el futuro.

Los mecanismos cognitivos y conductuales que impulsan a la hipocondriasis son también similares a aquellos que mantienen al trastorno de pánico. Así también, la tendencia a malinterpretar sensaciones físicas normales como dañinas, se presenta tanto en la hipocondriasis como en el trastorno de pánico. De la misma manera que en el traslape con el trastorno obsesivo, la preocupación persistente de los pacientes hipocondríacos y los de pánico por buscar explicaciones y fundamentos a sus malestares ayuda a mantener y aun a incrementar los mecanismos cognitivos subyacentes a ambos padecimientos.

Durante la mayor parte del siglo pasado las conceptualizaciones psicodinámicas y psicoanalíticas dominaron el enfoque terapéutico de la hipocondriasis. No obstante, en las dos últimas décadas se ha desarrollado un modelo de la hipocondriasis denominado «ansiedad saludable», alejado de los procesos cognitivos y conductuales previamente adjudicados al trastorno. Dicha conceptualización se ha traducido a técnicas específicas de tratamiento que ayudan al paciente a reconocer y modificar sus creencias erróneas y a eliminar sus respuestas conductuales. Estas técnicas cognitivo-conductuales, si bien se encuentran todavía en sus etapas iniciales, han generado resultados alentadores.

Los sistemas de clasificación habían incluido tradicionalmente a la hipocondriasis dentro de los trastornos somatoformes, ya que sus síntomas y signos se ubican en el cuerpo. Esta forma de agrupación, debida a las similitudes fenomenológicas superficiales con los trastornos somatoformes, restó importancia a los mecanismos funcionales similares que el padecimiento tiene con los trastornos de ansiedad. También esta clasificación ignoró el hecho de que el rasgo fundamental de la hipocondriasis es la ansiedad sobre el estado de salud y no la presencia de síntomas físicos anormales o excesivos. Esta clasificación errónea ha limitado el desarrollo de mejores paradigmas para comprender y tratar adecuadamente a estos pacientes.

Tomando en cuenta estas consideraciones, los autores proponen que se modifique la clasificación de la hipocondriasis en los nuevos sistemas, y que se agrupe dentro de los trastornos de ansiedad, ya que ello es más congruente con las observaciones clíni-

cas y empíricas acerca de la naturaleza del cuadro y de sus posibles alternativas de tratamiento. Esperamos ver cómo reciben esta propuesta otros grupos con experiencia en estas enfermedades.

(Margarita Horta Carrillo)

**Bibliografía**

OLATUNJI BN, DEACON BJ, ABRAMOWITZ JS: Is hypochondriasis an anxiety disorder? *Brit J Psychiatr*, 194:481-482, 2009.

**EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA**  
**Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz**  
**Programa SEPTIEMBRE 2009**

**CURSOS PARA PERSONAL DE SALUD**

| Nombre del curso                                                                   | Coordinación                 | Fechas         | Modalidad  |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------|------------|
| Consecuencias y manejo de las experiencias traumáticas                             | Dra. Martha Ontiveros        | Sept. 7 al 9   | Presencial |
| Tópicos selectos de sexología médica                                               | Dr. Iván Arango              | Sept. 21 al 23 | Presencial |
| Musicoterapia como recurso para el tratamiento y rehabilitación del enfermo mental | Dr. Enrique Flores Gutiérrez | Sept. 28 al 30 | Presencial |

**VIDEOCONFERENCIAS**

| Nombre del curso                                    | Coordinación     | Fechas   | Hora               |
|-----------------------------------------------------|------------------|----------|--------------------|
| Aspectos neurobiológicos del apego y psicopatología | Dr. Manuel Muñoz | Sept. 2  | 10:00 - 11:30 a.m. |
| Demencias                                           | Dr. Oscar Ugalde | Sept. 23 | 10:00 - 11:30 a.m. |

**INFORMES E INSCRIPCIONES**

**Dirección de Enseñanza**

**Tels.: (55) 4160 5119, 4160 5118, 5160 5137**

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Fundador  
Dr. Ramón de la Fuente

Editor de la publicación  
Dr. Carlos Berlanga

Jefe del Departamento de Publicaciones  
Dr. Héctor Pérez-Rincón

Dirección: Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco  
Deleg. Tlalpan, 14370 México, D.F.

Departamento de Publicaciones:  
Norma Vollrath, Mario Aranda Marqués, Elizabeth Cisneros

