

Evaluación de los nuevos antipsicóticos: resultados e implicaciones clínicas

■ Varios ensayos clínicos controlados con procedimiento doble ciego han comparado a los antipsicóticos de la segunda generación (también denominados atípicos) con los de la primera. La mayoría encuentran una mejor eficacia y tolerancia con el uso de los atípicos. Sin embargo, una de las críticas que se hacen a estos estudios es que la mayoría de ellos fueron de corta duración y con muestras muy seleccionadas de pacientes. Debido a estas limitaciones, y agregando el efecto metabólico y el sobrepeso que generan muchos de ellos además de su elevado costo de adquisición, se generó, por parte de diversos grupos de investigadores clínicos, la necesidad de desarrollar dos ensayos con una mayor coherencia con la práctica cotidiana, y sin ningún tipo de apoyo por parte de la industria farmacéutica. Ambos estudios tuvieron criterios de selección más amplios y un mayor tiempo de seguimiento. Además, su diseño se orientó a simular el manejo habitual en la práctica clínica rutinaria. El primero de ellos fue el estudio Ensayos Clínicos de Intervención de Eficacia con Antipsicóticos o CATIE por sus siglas en el idioma inglés, y el Estudio de Costo Utilidad en Esquizofrenia con los Antipsicóticos Recientes o CUtLASS también por sus siglas en inglés. El primero fue un estudio de 18 meses de seguimiento que incluyó una muestra de 1493 sujetos, comparando tres antipsicóticos atípicos (olanzapina, risperidona y ziprasidona) con la perfenazina. En caso de que la eficacia o tolerancia fueran insuficientes, los pacientes se asignaban a recibir un medicamento diferente al previamente utilizado. En forma global, la mejoría clínica y la recuperación de la calidad de vida fueron sólo moderadas. Un 74% de los pacientes suspendieron el tratamiento antes de finalizar, siendo la mediana del tiempo en que se dio el abandono 4.6 meses, no obstante la mediana de abandono más tardío se dio con la olanzapina (9.6 meses). Con la excepción de los eventos adversos como causa de abandono, las diferencias entre los atípicos y la perfenazina fueron mínimas. El estudio CUtLASS se llevó a cabo con un diseño abierto, con seguimiento a 12 meses y

con la inclusión de 277 pacientes, que fueron asignados aleatoriamente a recibir antipsicóticos atípicos o antipsicóticos de la primera generación. Una vez más se comprobó que los parámetros de eficacia y respuesta global fueron similares entre los dos grupos de medicamentos.

Los autores de ambos trabajos consideran que sus resultados afirman que no existen diferencias sustanciales entre estos fármacos en cuanto a eficacia, adhesión terapéutica y calidad de vida. A pesar de los hallazgos encontrados, estos estudios han sido analizados con detalle encontrando que poseen diferentes problemas de tipo metodológico. Por una parte, se considera que la mayoría de los sujetos incluidos fueron pacientes con síntomas psicóticos de gravedad moderada y eran, al menos parcialmente, resistentes a los tratamientos. En cuanto a la respuesta, las diferencias menores encontradas indican que es posible que este tipo de pacientes no sean los más apropiados para detectar diferencias entre tales fármacos. Específicamente en el estudio CATIE se ha criticado la exclusión de pacientes con disquinesia tardía en el grupo de la perfenazina y sus altas tasas de abandono. Con respecto al CUtLASS, el que

Contenido

Evaluación de los nuevos antipsicóticos: resultados e implicaciones clínicas	55
El concepto de introspección en el trastorno obsesivo compulsivo	56
Funciones neuropsicológicas en pacientes bipolares. Comparaciones entre subtipos	57
Terapia electroconvulsiva. ¿Con o sin medicamentos?	58
Tratamiento de la depresión psicótica: eficacia de la olanzapina con y sin antidepresivos	58
Relación entre demencia fronto-temporal y depresión	59

se hayan incluido a 13 atípicos y 3 típicos en sus grupos, respectivamente, hace problemático el llegar a conclusiones claras. Fuera de comprobar que los atípicos no son tan eficaces como los primeros estudios parecían demostrar, estos trabajos no aportan mucho para orientar a la práctica clínica cotidiana. Un ejemplo de ello es que no se generan lineamientos sobre cómo tratar a pacientes psicóticos con disquinesia tardía, lo cual es un problema clínico muy común. De igual forma, los problemas metodológicos evitaron la detección de otras ventajas que podrían tener los atípicos tales como la mejoría del bienestar subjetivo o de la calidad de vida. Se sabe bien que las perspectivas del médico y del paciente pueden diferir notoriamente, de tal forma que el haber usado en ambos estudios un instrumento clínico como la Escala de Calidad de Vida, que es una escala cuya veracidad de información depende de la experiencia en su uso, pudo no haber sido lo suficientemente sensible para identificar las ventajas subjetivas que muchos pacientes notan con los nuevos antipsicóticos en otros ensayos clínicos.

Esta revisión crítica concluye que si bien no se encontraron diferencias sustanciales en cuanto a eficacia entre los grupos farmacológicos, el que los atípicos tengan un menor riesgo de generar disquinesia tardía y de producir una mejoría subjetiva más evidente, deberán considerarse como razones de suficiente peso para considerarlos como la primera elección en muchos pacientes. No existe un antipsicótico único que sea el mejor para cada paciente con esquizofrenia ya que las respuestas individuales son muy variables. Por consiguiente, para lograr un tratamiento individual exitoso la mejor herramienta es contar con una amplia variedad de opciones de antipsicóticos, ya que esto le permite al clínico seleccionar el que pueda considerar con más oportunidades de ser el mejor para cada paciente.

(Rafael López Sánchez)

Bibliografía

NABER D, LAMBERT M: The CATIE and CUtLASS studies in schizophrenia: results and implications for clinicians. *CNS Drugs*, 23:649-659, 2009.

El concepto de introspección en el trastorno obsesivo compulsivo

■ Un reciente artículo sobre la introspección (*insight*) y el análisis de su presencia en los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (TOC), sirve para hacer un recuento de este fenómeno en la historia del estudio de la psicopatología. Los autores inician la discusión del tema puntualizando que si históricamente los términos obsesiones y delirios se desarrollaron considerando la presencia/ausencia de su autoconocimiento, no se pueden explicar que 150 años después los clínicos sigan haciéndose la misma pre-

gunta en la descripción del perfil sintomático del TOC. Es por consiguiente necesario revalorar a la introspección en este padecimiento, tanto para poder definir con mayor claridad los límites del trastorno, como para analizar el concepto mismo de introspección. Desde las primeras descripciones del TOC se consideró que el percibir el sinsentido de sus síntomas era una característica indiscutible del padecimiento. Sin embargo, para muchos clínicos es claro que los pacientes no siempre reconocen lo ilógico de sus pensamientos, en ocasiones cuando lo hacen el reconocimiento suele ser verbal pero no se traduce en la conducta y, además, a lo largo de la evolución del cuadro este aspecto es fluctuante. Estas observaciones llevaron a una reconceptualización del trastorno incluyendo en las nuevas clasificaciones subtipos con manifestaciones psicóticas o bien un TOC con o sin introspección. Para los autores estas modificaciones muestran claras contradicciones: si por una parte la introspección es un elemento intrínseco del trastorno, el incluir formas con poca o ninguna introspección viola la definición; en segundo lugar, la introspección hace referencia únicamente a la consideración de los síntomas como absurdos o ilógicos, por lo que se forma un círculo en el que la introspección es constitutiva de los síntomas obsesivos, los que a su vez son constitutivos del padecimiento, el cual a su vez es dependiente de la introspección, etc. Por lo tanto, ¿se debe considerar a la obsesión como tal aun cuando el sujeto no tenga reconocimiento de ella? Para algunos la solución es considerar al fenómeno dentro de una línea continua en la que en un extremo se coloca a la obsesión con reconocimiento total y en el extremo opuesto se coloca a la que no genera en absoluto ningún reconocimiento. Este último extremo se convertiría entonces en una manifestación delirante del TOC.

A la introspección se le considera como una forma de conocimiento o de comprensión perteneciente al sujeto, que le permite tener capacidad de reconocer sus actos, los orígenes de éstos y sus consecuencias. En la práctica clínica el concepto se aplica al reconocimiento (o la conciencia) que el paciente tiene sobre su enfermedad y sus síntomas. De esta manera se le incluye entonces como un componente intrínseco o dimensional del síntoma o del padecimiento. Sin embargo, para estos autores es claro que la mejor concepción del fenómeno es entenderlo como un estado mental dinámico independiente de cualquier enfermedad, si bien modificable por ésta o por cualquier otra circunstancia. No omiten mencionar que este concepto se debe separar de la introspección o autoconciencia en relación a condiciones neurológicas o neuropsicológicas. Por consiguiente al concebirla como un estado mental, a la introspección se le pueden incorporar los siguientes elementos: 1) el formar parte de un síntoma, 2) el servir como punto limítrofe para distinguir entre síntomas y 3) el conformar una actitud con respecto a un síntoma o a una enfermedad.

El artículo finaliza con la expresión de una serie de consideraciones. La exploración del concepto de introspección en el TOC lleva a la discusión de varios aspectos: por una parte, el incluirla dentro de la definición del TOC repre-

senta un área de conflicto si se quieren definir con claridad las fronteras nosológicas del padecimiento; por otra, el significado de introspección requiere que se le analice con mayor profundidad, no sólo en términos de su definición sino en términos de su naturaleza como concepto. Uno de los aspectos que se desprende de esta revisión es que la introspección, entendida como una forma de autoconocimiento, se comprende mejor como un estado mental y no como un síntoma o componente de un síntoma. Como tal, puede entonces ser influenciada por múltiples factores entre los cuales la enfermedad es sólo uno. Es necesario también distinguir su concepto «teórico» de su concepto como «fenómeno clínico». Este último es precisamente el que permite explorarlo empíricamente y depende, entre otras cosas, del objeto mismo que se está evaluando. En relación con el TOC, hay varios elementos posibles a través de los cuales la introspección puede evaluarse: la enfermedad global, sus síntomas específicos o la conducta que se genera. Como consecuencia, los diferentes juicios generados por estos elementos delinearán diferente fenomenología clínica. Hasta este momento no existe suficiente evidencia que sugiera cuál de esos elementos es el de mayor utilidad clínica. Por lo tanto, la explicación del fenómeno en los términos planteados en este trabajo, permite comprender esta entidad clínica tanto con respecto a su contenido como a sus límites que la distinguen de otras enfermedades, pero persistirá aún la pregunta de cuál es el significado clínico de las diferentes formas de abordar el concepto.

(Carlos Berlanga)

Bibliografía

MARKKOVÁ IS, JAAFARI N, BERRIOS G: Insight and obsessive-compulsive disorder: a conceptual analysis. *Psychopathol*, 42:277-282, 2009.

Funciones neuropsicológicas en pacientes bipolares. Comparaciones entre subtipos

■ Un buen número de estudios de pacientes con trastorno bipolar ha encontrado la presencia de alteraciones en las funciones cognitivas, no sólo en las fases de depresión o de manía, sino también en condiciones de eutimia después de periodos prolongados de remisión. En un trabajo de meta-análisis se encontró que las disfunciones cognitivas de los pacientes bipolares en eutimia incluyen, entre otras, alteraciones en la memoria verbal, en la función ejecutiva, en la atención y en la velocidad psicomotora. En este trabajo los autores se propusieron investigar si existen diferencias en el perfil neuropsicológico entre pacientes bipolares tipo I y II y en un grupo de sujetos sanos. Considerando los hallazgos encontrados en estudios previos su hipótesis fue que los pacientes bipolares I tendrían

más afectaciones neuropsicológicas que los bipolares II y que los controles.

Conformaron un grupo de 67 pacientes bipolares (30 con subtipo I y 37 con subtipo II) provenientes de la consulta externa de un hospital psiquiátrico. Con la aplicación de la entrevista SADS-L, el trastorno se diagnosticó de acuerdo a los criterios del DSM IV, con excepción del subtipo II en el que el criterio de cuatro días de hipomanía se redujo a dos. Exceptuando a cuatro pacientes, los demás recibían sólo ácido valpróico (500 – 1000 mg al día) como medicamento estabilizador. Se recabó información sobre los siguientes aspectos clínicos: diagnóstico, edad de inicio, duración de la enfermedad, número de hospitalizaciones e historia de síntomas psicóticos. El grupo control se conformó con 22 sujetos voluntarios sanos a quienes se les aplicó la entrevista SADS-L y se comprobó que no tuvieran familiares de primer grado con trastornos del estado de ánimo. Todos los participantes completaron una batería breve de pruebas neuropsicológicas para evaluar memoria, velocidad psicomotora y función ejecutiva frontal.

El desempeño neuropsicológico entre los pacientes con subtipos I y II fue significativamente diferente en varios parámetros. En general los del tipo I tuvieron, al compararlos con los del tipo II y con los controles, un peor desempeño en la mayoría de las pruebas. De manera particular las diferencias fueron más claras en cuanto a las mediciones relacionadas con la memoria verbal (inmediata y postergada) y la velocidad psicomotora. Ambos grupos de pacientes tuvieron un desempeño más pobre que los controles en la memoria de trabajo y la velocidad psicomotora. En general, sus resultados fueron consistentes con lo previamente publicado sobre el tema: diversas alteraciones cognitivas están presentes durante las fases agudas del trastorno bipolar y esas alteraciones persisten aun en los periodos asintomáticos. Encuentran, además, que hay diferencias entre los subtipos I y II en estas etapas asintomáticas, con déficit de memoria verbal presente sólo en los subtipo I mientras que las alteraciones en la velocidad psicomotora y en la memoria de trabajo estuvieron presentes en ambos subtipos. Esto indica que las funciones cognitivas deben ser valoradas rutinariamente en esta enfermedad y que las intervenciones de rehabilitación deberán implementarse en aquellos pacientes con deficiencias, como parte integral del tratamiento.

Si bien estos resultados son claros, debe tomarse en cuenta que se trató de una muestra relativamente pequeña, por lo que será necesario que los datos sean valorados con un número mayor de sujetos. Probablemente con esto se puedan encontrar diferencias más contrastantes. Por otra parte, hay que considerar que este fue un estudio transversal que evaluó las funciones en un solo momento. Es probable que otros estudios con diseño longitudinal y en distintas etapas de la evolución del trastorno, generen resultados diferentes.

(Margarita Horta Carrillo)

Bibliografía

HSIAO YL, WU YS, WU YW y cols.: Neuropsychological functions in patients with bipolar I and bipolar II disorder. *Bipolar Disord*, 11:547-554, 2009.

Terapia electroconvulsiva. ¿Con o sin medicamentos?

■ Se sabe que la terapia electroconvulsiva (TEC), debido a que rompe transitoriamente la barrera hematoencefálica, incrementa las concentraciones cerebrales de los medicamentos. Por consiguiente, los clínicos aún no llegan a un consenso sobre si eliminar o mantener los fármacos durante su aplicación en pacientes con trastornos del ánimo. Con la finalidad de generar mayor información al respecto se llevó a cabo este estudio a lo largo de cuatro años, en el cual se incluyó un total de 319 pacientes con el diagnóstico de depresión mayor que tenían indicación para ser tratados con la TEC. A todos se les suspendieron los tratamientos que tomaban y se les asignó aleatoriamente para recibir TEC bilateral (a una potencia de 1.5 veces el umbral convulsivo), o unilateral derecho (a una potencia de 6 veces el umbral convulsivo). Además, también se les asignó a recibir una de las siguientes tres alternativas farmacológicas: nortriptilina (a una dosis suficiente para alcanzar una concentración sérica promedio de 82 ng/mL), venlafaxina (a una dosis promedio de 177 mg al día), o bien placebo.

Encontraron los siguientes resultados: la combinación TEC/nortriptilina generó una reducción significativamente mayor de las calificaciones de las escalas de evaluación de sintomatología depresiva al compararla con la combinación TEC/placebo. Esta diferencia no se observó con la combinación TEC/venlafaxina). Las tasas de remisión, definidas como una reducción del 60% de la calificación inicial, fueron del 63% con la combinación TEC/nortriptilina y 49% con la combinación TEC/placebo. Los efectos secundarios no fueron diferentes entre los tres grupos. Las valoraciones de la función cognitiva mostraron mejores condiciones en el grupo TEC/nortriptilina que en el grupo TEC/placebo, mientras que estas condiciones fueron similares al placebo en el grupo TEC/venlafaxina. El tratamiento unilateral derecho fue igualmente eficaz que el tratamiento bilateral, si bien produjo menor grado de amnesia transitoria.

Este trabajo genera información importante aunque presenta al mismo tiempo ciertas limitaciones. Por una parte, el criterio de remisión (60%) definido por los investigadores fue sólo ligeramente mayor al que se considera para la respuesta (50%). El beneficio de la combinación TEC/nortriptilina fue estadísticamente superior al de TEC/venlafaxina, pero debido a que el significado clínico de esta diferencia no fue de gran impacto, los resultados no se pueden extrapolar a todos los antidepresivos de uso habitual. No obstante se puede concluir que el agregar una dosis moderada de nortriptilina durante el tratamiento con la TEC genera un mayor beneficio y se asocia a un menor efecto negativo sobre las funciones cognitivas. El diseño del estudio, por otra parte, no permite obtener conclusiones sobre si el continuar el antidepresivo que el paciente recibía previamente sin resultados mejoraría o por lo menos no empeoraría el tratamiento con la TEC. El

criterio clínico hace pensar que cuando se administra TEC a un paciente, el mantener el tratamiento antidepresivo con un fármaco al cual no está respondiendo es una medida razonable a menos que se presenten efectos adversos, o bien no se logre la mejoría esperada. En este último caso sería lo apropiado suspender el medicamento. Finalmente el trabajo corrobora que la TEC con administración unilateral derecha es la alternativa apropiada como elección inicial en un paciente deprimido que requiera esta opción terapéutica.

(Gabriela Villarreal Valdés)

Bibliografía

SACKEIM HA, DILLINGHAM EM, PRUDIC J y cols.: Effect of concomitant pharmacotherapy on electroconvulsive therapy outcomes: short-term efficacy and adverse effects. *Arch Gen Psychiatry*, 66:729-737, 2009.

Tratamiento de la depresión psicótica: eficacia de la olanzapina con y sin antidepresivos

■ El uso de combinaciones farmacológicas para el manejo de la depresión mayor con sintomatología psicótica es un área de la psicofarmacología insuficientemente abordada. De manera particular se carece de información sobre la eficacia en el manejo de estas condiciones en pacientes geriátricos. Por este motivo este grupo de investigadores determinó comparar la eficacia para lograr una condición de remisión entre la prescripción en monoterapia de un antipsicótico atípico y su combinación con un antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptura de la serotonina. Para determinar si existían diferencias en estos parámetros con respecto a la edad de los sujetos, incluyen esta variable en el análisis de sus resultados.

El estudio consistió en un ensayo clínico controlado multicéntrico, doble ciego y de 12 semanas de duración. Participaron cuatro centros académicos de investigación clínica que reunieron en conjunto una muestra de 259 pacientes con depresión mayor y con sintomatología psicótica. Antes de iniciar la maniobra terapéutica de forma aleatoria, dividieron a los sujetos en dos grupos de edad: menor a 60 años (adultos jóvenes) e igual o mayor a 60 años (adultos mayores). El promedio de edad del primer grupo (\pm DE) fue 41.3 (\pm 10.8) años ($n = 117$) y el del segundo 71.7 (\pm 7.8) años ($n = 142$). Todos los pacientes recibieron olanzapina a una dosis de entre 15 y 20 mg al día, más sertralina a una dosis de entre 150 y 200 mg al día, o bien placebo. El objetivo a lograr fue el estado de remisión sintomática del episodio depresivo con síntomas psicóticos.

Al finalizar el estudio encontraron los siguientes resultados: el tratamiento olanzapina/sertralina logró un ma-

yor grado de remisión en comparación con el tratamiento olanzapina/placebo ($p < 0.001$). El 41.9% de los pacientes que recibió la combinación logró el nivel de remisión en la última evaluación, mientras que este mismo parámetro se logró sólo en el 23.9% de los pacientes que recibió exclusivamente olanzapina ($p = 0.002$). Por otra parte, la combinación fue superior a la monoterapia tanto en el grupo de adultos jóvenes ($p = 0.02$), como en el de adultos mayores ($p = 0.01$). Con respecto a los parámetros de tolerancia a los tratamientos, estos fueron similares entre ambos grupos. Tanto los pacientes adultos jóvenes como los mayores presentaron un incremento significativo en los niveles séricos de colesterol y triglicéridos. Sin embargo, un mayor incremento estadísticamente significativo de los niveles séricos de glucosa ocurrió exclusivamente en el grupo de adultos jóvenes. Así también los adultos jóvenes, en comparación con los mayores, tuvieron un incremento mayor de peso corporal. El primero tuvo un incremento ponderal en kilogramos (\pm DE) de 6.5 (\pm 6.6) y el segundo de 3.3 (\pm 4.9). Los resultados obtenidos sostienen que en el tratamiento de la depresión mayor con síntomas psicóticos fue más eficaz una combinación de antidepresivo/antipsicótico, que este último fármaco en monoterapia. La edad de los sujetos no fue un factor diferencial de respuesta terapéutica. Se debe considerar que este fue un estudio de 12 semanas, por lo que habría que determinar los riesgos y beneficios de la combinación en estos pacientes cuando el tratamiento se prolongue por un mayor periodo de tiempo.

(Ingrid Vargas Huicochea)

Bibliografía

MEYERS BS, FLINT AJ, ROTHSCHILD AJ y col.: A double-blind randomized controlled trial of olanzapine plus sertraline vs. olanzapine plus placebo for psychotic depression: the study of pharmacotherapy of psychotic depression (STOP-PD). *Arch Gen Psychiatr*, 66:838-847, 2009.

Relación entre demencia fronto-temporal y depresión

■ De todas las demencias identificadas en estudios clínicos y epidemiológicos, entre 3% y 10% corresponden a las del tipo fronto-temporal (DFT). El cuadro clínico característico de la DFT incluye cambios de personalidad, síntomas psiquiátricos y deficiencias neurológicas y del lenguaje, lo cual es el resultado de las alteraciones en las funciones de los lóbulos frontales y temporales. Diversos análisis han identificado variaciones genéticas asociadas al desarrollo del trastorno, sin embargo su causa definitiva aún se desconoce. La DFT suele tener síntomas parecidos a los de la depresión mayor, por lo que sobre todo en las etapas iniciales de su desarrollo es difícil hacer un claro diagnóstico diferencial. Síntomas tales como apatía, ideación suicida y ansiedad se presentan en ambos

cuadros, y varios estudios muestran que los pacientes deprimidos pueden tener alteraciones fronto-temporales detectadas tanto por pruebas neuropsicológicas como por una disminución en el flujo sanguíneo cerebral de las regiones mencionadas. Por lo tanto, la hipótesis de una etiología compartida entre la DFT y la depresión está basada en los hallazgos de la expresión clínica de ambos trastornos, así como en los datos encontrados en los estudios psicológicos y de imágenes cerebrales. Esta información genera por consiguiente datos que apuntan a la posibilidad de que ambos padecimientos se agreguen familiarmente.

El objetivo de este trabajo fue buscar elementos para saber si ambos padecimientos tienen factores etiológicos compartidos. En un servicio de neuropsiquiatría se revaloraron 253 casos de pacientes a quienes previamente se les había identificado disfunción fronto-temporal. La revaloración mostró que 93 de estos sujetos reunieron criterios diagnósticos de DFT. Posteriormente la muestra se depuró para contar finalmente con un total de 90 sujetos diagnosticados. Se evaluó la historia familiar y se localizó a un total de 649 familiares de primer grado a quienes se pudo entrevistar para recabar información e identificar casos actuales y pasados de DFT y de depresión. Se encontraron 100 casos (88 definitivos y 12 probables) de DFT entre los familiares. Además 61 de ellos (39 definitivos y 22 probables) habían cursado con episodios depresivos (cuatro casos correspondieron a trastorno bipolar). No hubo diferencias entre hombres y mujeres en estas incidencias. Estas cifras se compararon con lo que se ha descrito en otros trabajos en relación a la incidencia de depresión en la población general y su presencia entre familiares. Así también, al comparar a sujetos con y sin DFT, no se encontraron diferencias en cuanto a la aparición temprana de episodios depresivos.

El objetivo primordial de este estudio fue identificar la presencia de depresión y de DFT en familiares de primer grado de un grupo de pacientes diagnosticados con DFT. Si existiera una etiología familiar común entre la DFT y la depresión se debería encontrar una incidencia mayor de depresión entre los familiares de los sujetos afectados en comparación con lo que se encuentra en la población general. La incidencia de DFT en los familiares también debería ser mayor a lo encontrado en población abierta. Los resultados de este estudio no mostraron ese incremento para ninguno de los dos padecimientos. Además, cuando se compararon a los sujetos con y sin DFT en cuanto a la presencia de depresión, tampoco se encontraron diferencias. Por consiguiente este estudio no demostró que exista una etiología común para ambos trastornos. Por el contrario, los hallazgos orientan a considerar la presencia de etiologías diferentes.

(Mónica del Río)

Bibliografía

HORSTMANN V, GRÄSBECK A: Occurrence of depression in families with frontotemporal dementia. A family history study. *Neuroepidemiology*, 33:124-130, 2009.

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

CURSOS PARA PSIQUIATRAS Y OTROS PROFESIONISTAS

Nombre del curso	Coordinación	Fechas	Modalidad
Abordaje interdisciplinario de los problemas por el consumo del alcohol	Dra. Rosa Díaz Martínez	Nov. 9 al 13	Presencial
Estrés y cerebro: un abordaje biopsicosocial	Dr. Jorge González Olvera	Nov. 23 al 27	Presencial

CURSOS PARA PERSONAL DE SALUD

Nombre del curso	Coordinación	Fechas	Modalidad
Intervención sistémica en familias y pareja	Dr. Víctor Ruiz Velazco	Nov. 3 al 6	Presencial

VIDEOCONFERENCIAS

Nombre del curso	Coordinación	Fechas	Hora
Trastornos de la conducta alimentaria	Dr. Alejandro Caballero	Nov. 12	10:00 - 11:30 a.m.
Violencia de género	Dra. Lourdes García	Nov. 26	10:00 - 11:30 a.m.

Programa DICIEMBRE 2009

CURSOS PARA PSIQUIATRAS Y OTROS PROFESIONISTAS

Nombre del curso	Coordinación	Fechas	Modalidad
Diagnóstico y tratamiento de las adicciones	Dr. Ricardo Nanni	Nov. 30 a Dic. 4	Presencial
Diagnóstico e intervención terapéutica en los trastornos alimentarios	Dr. Alejandro Caballero	Dic. 7 al 1	Presencial

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

