

Opción de terapia psicodinámica para el trastorno límite de la personalidad

■ De acuerdo a un trabajo recientemente publicado, la terapia basada en la mentalización puede ser efectiva para reducir las hospitalizaciones y las autolesiones en los pacientes con trastorno límite de la personalidad, así como para mejorar su nivel de funcionalidad.

El trastorno límite de la personalidad se asocia con un riesgo importante de suicidio, así como con conductas de autolesión y alteraciones emocionales. Es claro que es un trastorno difícil de manejar clínicamente, por lo que cualquier opción nueva para su tratamiento debe de considerarse digna de evaluación. Un grupo de investigadores clínicos en la Gran Bretaña efectuó un ensayo clínico de 18 meses de duración con asignación aleatoria. Incluyeron a 143 pacientes no hospitalizados con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, cuyo promedio de edad fue de 31 años. El 80% de los sujetos correspondieron al sexo femenino. Se conformaron dos grupos comparativos: uno recibió tratamiento con terapia basada en la mentalización y el otro recibió un manejo clínico estandarizado para el trastorno. Todos los pacientes recibieron tratamiento farmacológico de acuerdo a sus requerimientos individuales y con base en los lineamientos de prescripción de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría. La terapia basada en la mentalización consiste en una intervención en la que se aplican elementos psicodinámicos, cognitivos y de la teoría del apego, cuya finalidad es que el sujeto pueda enfrentar sus dificultades con afecto, con el control de sus impulsos y con capacidad de mejorar su funcionamiento interpersonal por medio del fortalecimiento de sus capacidades de comprender el estado mental propio y de otras personas en el contexto del apego.

En el estudio, la terapia la llevaron a cabo dos terapeutas en sesiones de grupo e individuales, con frecuencia semanal. Esta terapia semeja en algunos aspectos a la terapia de consejo o de apoyo que se aplica a casos particulares, y a la de enfrentamiento y aplicación de psicoterapia

orientada a la solución de problemas. En promedio los participantes tenían en su historial cuatro episodios de autolesiones graves, 2.8 diagnósticos del eje I (principalmente de trastornos del ánimo, de ansiedad y de uso y abuso de sustancias) y 2.4 diagnósticos del eje II en comorbilidad. En los seis meses previos el 71% había intentado suicidarse y el 28% requirió hospitalización. Cerca del 74% de los pacientes en ambos grupos recibió al menos 70 sesiones durante un año de seguimiento. Al completar 18 meses ambos tratamientos se asociaron de manera significativa con un periodo de 6 meses libres de admisiones hospitalarias, de intentos de suicidio y de episodios de autolesiones severas. Los hallazgos fueron también similares para el funcionamiento global, para la depresión, para el funcionamiento interpersonal y para el ajuste social. Sin embargo, las mejoras fueron sustancialmente mayores en quienes recibieron la terapia de mentalización y si bien todos los pacientes redujeron sus necesidades de medicación, esta reducción fue mayor en los que recibieron tal terapia (78% a 30% versus 68% a 57%).

Aunque este trabajo aporta información sobre la eficacia de administrar la terapia a este tipo de pacientes, no deja de tener algunas limitaciones. Se carece de un control médico más específico y de grupos con administra-

Contenido

Opción de terapia psicodinámica para el trastorno límite de la personalidad	7
La determinación de lípidos séricos en pacientes que reciben antipsicóticos atípicos	8
Depresión inducida por citocinas	8
Nuevas interpretaciones de la prueba de supresión con dexametasona	9
Inducción de manía con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina en niños y adolescentes	10
Preludio de la pasión: activación del sistema límbico por claves no conscientes	11

ción mínima de tratamientos. Además, los autores no aportan información sobre el tiempo total de horas de tratamiento y qué tanto invirtieron los terapeutas en cada una de las modalidades que conforman la terapia. Finalmente, es necesario comprobar la eficacia por medio de valoraciones a plazos mayores de tiempo de seguimiento. Sin embargo, su aportación fundamental es la corroboración de que las terapias para los pacientes limítrofes que se enfocan a mejorar la comprensión de los estados mentales propios y de otras personas, pueden ser más efectivas que las de apoyo que no abordan estos aspectos. Esta evidencia deberá considerarse por los clínicos que atienden a este tipo de pacientes para desarrollar habilidades que les permitan aplicar estas terapias, o bien canalizar a los pacientes a aquellos terapeutas que las practican.

(Mónica del Río)

Bibliografía

BATEMAN A, FONAGY P: Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 166:1355-1364, 2009.

La determinación de lípidos séricos en pacientes que reciben antipsicóticos atípicos

■ Hace aproximadamente cinco o siete años surgió la evidencia de que el uso de antipsicóticos atípicos podía generar alteraciones metabólicas. Esto llevó a que las agencias regulatorias de salud de varios países solicitaran a los fabricantes agregar en la información para prescribir, el riesgo de que el uso de estos medicamentos podrían inducir hiperlipidemia, hiperglicemia y diabetes. Al mismo tiempo, diversas asociaciones médicas en los Estados Unidos de Norteamérica instalaron consensos de expertos para elaborar recomendaciones de vigilancia de estos aspectos para quienes recibían antipsicóticos de la segunda generación. En forma sucinta, los consensos recomendaban efectuar determinaciones de glicemia en ayuno y perfil de lípidos en sangre al inicio del tratamiento y doce semanas después. En años recientes se desarrolló una medida de calidad en estos aspectos para pacientes con trastorno bipolar que reciben antipsicóticos atípicos. Esta medida recomienda hacer al menos una determinación de lípidos durante las primeras 16 semanas de tratamiento. A pesar de esto, varios estudios clínicos han demostrado que la valoración de lípidos en pacientes que reciben estos medicamentos no se lleva a cabo de manera adecuada. Uno de estos estudios que se realizó entre los años 1998 y 2003 demostró que a menos del 10% de todos los pacientes en tratamiento se les practican determinaciones de lípidos y que en particular en niños y adolescentes estas

evaluaciones son muy infrecuentes. Un estudio publicado recientemente analizó la información proveniente de la base de datos norteamericana de las prescripciones farmacológicas con los siguientes medicamentos: aripiprazol, risperidona, olanzapina, quetiapina y ziprasidona. Los resultados indicaron que la valoración de lípidos en los pacientes que los recibían fue poco común a pesar de las recomendaciones ya mencionadas. Los autores concluyen que los clínicos que prescriben estos medicamentos deben estar más alerta para tener dicha información con el objeto de reducir o modificar el riesgo de efectos indeseables y así incidir en las tasas de morbilidad y mortalidad.

Estos trabajos demuestran que a pesar de que los antipsicóticos atípicos tienen ya varios años de estar en el mercado y de que se conocen sus riesgos en cuanto a generar efectos metabólicos, todavía no hay una conducta clínica suficientemente persistente que permita prevenir estos efectos y reducir así complicaciones. Se ha considerado que al igual que cuando se prescribe litio los clínicos solicitan con regularidad la determinación de sus niveles plasmáticos, la misma conducta debería seguirse con la prescripción de estos medicamentos. Los beneficios que han aportado estos nuevos compuestos son de gran importancia ya que se han incrementado las tasas de respuestas y además, por carecer de efectos extrapiramidales su tolerancia es mejor y el apego al tratamiento se ha incrementado. Sin embargo, no se deberán descuidar sus efectos metabólicos para mantener estas opciones de tratamiento eficaz para muchos trastornos psicopatológicos.

(Rafael López Sánchez)

Bibliografía

HAUPT DW, ROSENBLATT LC, KIM E, y cols.: Prevalence and predictors of lipid and glucose monitoring in commercially insured patients treated with second-generation antipsychotic agents. *Am J Psychiatry*, 166:345-353, 2009.

Food and Drug Administration. Drugs@FDA. Disponible en la siguiente dirección: <http://www.accessdata.fda.gov/Scripts/cder/DrugsatFDA>. Octubre 28, 2009.

Depresión inducida por citocinas

■ Se sabe que, en ocasiones, el inicio de los cuadros depresivos se asocia a la presencia simultánea de otros trastornos médicos. Una de las posibles causas de esta relación pueden ser los procesos inflamatorios presentes en un sinnúmero de enfermedades crónicas y también en la depresión. En muchos deprimidos se detectan elevaciones de las citocinas, componentes sistémicos del proceso inflamatorio, tales como los niveles circulantes de interleucina-6 (IL-6), por lo que se piensa que las citocinas pro inflamatorias podrían tener una participación en el desarrollo de los síntomas depresivos. La IL-6 y su receptor se sintetizan en el cerebro, fundamentalmente en el hipotálamo y el hipocampo. Se ha comprobado experimentalmente que si a un sujeto sano se le expone a un estímulo inflamatorio agudo se generan síntomas depresivos y por otra parte, si se le adminis-

tran antagonistas de las citocinas estos efectos se reducen. Sin embargo, es posible que pueda suceder el mecanismo contrario: que la depresión lleve a cambios en los niveles de citocinas. Por ejemplo, hay evidencia de que los sujetos deprimidos, como consecuencia del estrés, presentan una reacción inflamatoria exagerada. Estas evidencias postulan por lo tanto un probable proceso bidireccional. La hepatitis crónica C se trata actualmente con la administración de interferón alfa (IFN- α) que es una citocina que se libera en etapas tempranas ante la presencia de una infección viral y al mismo tiempo induce la liberación de otras citocinas como la IL-6. Muchos de los pacientes que la reciben (entre el 10% y el 40%), desarrollan cuadros depresivos por lo que esto representa un modelo experimental ideal para estudiar la interacción entre citocinas y la depresión. Otro factor estudiado al respecto ha sido el de las alteraciones en el sueño. Como se sabe, estas alteraciones son un componente frecuente de la depresión y también suelen presentarse durante las etapas agudas en los procesos inflamatorios. En este estudio se evaluaron a lo largo de cuatro meses las condiciones afectivas de un grupo de 95 pacientes con hepatitis C que recibieron IFN- α y que no presentaban al inicio del tratamiento síntomas depresivos. En condiciones basales se determinaron en todos los participantes, sus condiciones psicosociales, la presencia de sintomatología depresiva y la calidad del sueño. Cada mes se les aplicó la escala de Beck para depresión (EBD) y cada dos meses se sometieron a un cuestionario para identificar la aparición de síntomas depresivos. Mensualmente se les tomaron muestras sanguíneas para cuantificar los niveles circulantes de IL-6 a la misma hora del día. Al término del estudio encontraron los siguientes resultados: los niveles basales de IL-6 fueron más elevados mientras más edad y más peso corporal tenían los sujetos, si bien no hubo diferencias en relación al género, a la etnia o a su condición de tabaquismo. Veintiuno de los participantes (22%) presentaron un cuadro de depresión mayor a lo largo de los tres primeros meses de tratamiento. Estos sujetos tuvieron desde el inicio calificaciones más elevadas en la EBD y más antecedentes de episodios depresivos previos en comparación con los sujetos que no se deprimieron. Por otra parte, al comparar a ambos grupos, quienes se deprimieron tuvieron niveles más elevados de IL-6 incluyendo la medición basal. En un análisis adicional se dividió a todos los sujetos entre quienes tuvieron niveles pretratamiento altos de IL-6 (> 125 pg/ml) y los que tuvieron niveles bajos (< 12.5 pg/ml). Los primeros tuvieron una incidencia mayor de depresión y calificaciones significativamente mayores en la EBD basal. Al hacer un análisis de regresión, incluyendo a los dos parámetros (el clínico y el de laboratorio), llegaron a la conclusión que no sólo los niveles elevados de IL-6 predijeron el desarrollo ulterior de depresión, sino que además las condiciones depresivas fueron un factor que elevó aún más los niveles de la citocina estudiada. Esta interacción la interpretan como un proceso de retroalimentación positiva entre los síntomas depresivos y los niveles periféricos de IL-6. Con respecto a la inclusión de la variable del sueño en este proceso, encontraron que sus hallazgos son sugerentes de una posible relación uni-direccional en la cual la pobre calidad del sueño se asocia al desarrollo subsecuente de depresión durante el tratamiento con IFN- α , pero no sucede lo contrario.

Los autores concluyen que sus hallazgos son consistentes con el concepto emergente de que durante el tratamiento con IFN- α se induce un sistema positivo de retroalimentación. Esto es, que cuando se administra IFN- α exógena se genera un mecanismo de autorregulación positiva entre los síntomas depresivos y los niveles de IL-6, dando por consecuencia un escalamiento hacia el desarrollo de cuadros de depresión mayor en

sujetos vulnerables. Entre los mecanismos fisiológicos que participan probablemente estén las alteraciones en la regulación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal o bien las alteraciones del brazo parasimpático del Sistema Nervioso Autónomo que regula la inflamación por medio de la activación del nervio vago. No descartan también la participación del sistema neurotransmisor de la serotonina en la regulación de este proceso. Finalmente consideran que este modelo, si bien aporta información importante, no se puede extrapolar a lo que las citocinas puedan generar en sujetos médicamente sanos. Estos hallazgos deberán ser corroborados por medio de otros modelos y otras mediciones de actividad de los complejos procesos de inflamación.

(Dania Lima Sanchez)

Bibliografía

PRATHER AA, RABINOVITZ M, POLLOCK BC y cols.: Cytokine-induced depression during IFN- α treatment: the role of IL-6 and sleep quality. *Brain, behav and immunity*, 23:1108-1116, 2009.

Nuevas interpretaciones de la prueba de supresión con dexametasona

■ La prueba de supresión con dexametasona (PSD) fue descrita inicialmente como un marcador biológico de la depresión, sin embargo, posteriormente se le asoció a otros aspectos específicos de este trastorno como a la conducta suicida y a los subtipos melancólicos y con características atípicas. Estudios más recientes encuentran que la desregularización del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal (HPA) presenta características diferentes entre sujetos con y sin conducta o ideación suicida, lo que sugiere que es factible considerar que ciertos aspectos particulares de la depresión se pueden diferenciar por medio de esta prueba. Además, otros trabajos indican que la respuesta a la PSD es distinta aún entre los tipos de conducta suicida, ya que se ha demostrado que la supresión a la prueba se asocia a los casos de suicidio consumado pero no a los de intentos. Estas diferencias indican que la relación entre las manifestaciones clínicas de la depresión y la PSD es más compleja de lo que antes se pensaba, por lo que las investigaciones que se hagan al respecto deberán tomar en cuenta de manera particular las diferentes asociaciones entre los subtipos de síntomas y el comportamiento de la prueba. En el trabajo que se reseña el objetivo de los autores fue identificar la relación entre la conducta suicida y las características temporales de la PSD. Reclutaron a 50 sujetos con el diagnóstico de depresión mayor y edad promedio (\pm DE) de 41.0 ± 11.4 años. Se registraron los intentos pasados y actuales de suicidio y la valoración psicométrica incluyó la escala de depresión de Hamilton, la escala de ansiedad de Hamilton, la escala diagnóstica de depresión de Newcastle, la escala diagnóstica de melancolía y la escala de funcionamiento global. Utilizaron el protocolo de 1 mg de dexametasona y los resultados fueron analizados con chi cuadrada y con análisis de covarianza (ANCOVA). Encontraron condición de supresión en 34 pacientes (68%) y de no supresión en 16 (68%). Además, 14 sujetos tuvieron valores basales de cortisol por arriba de 5 μ g/dl. Sin embargo, estos niveles basales no tuvieron influencia sobre la interpretación de los resultados de la prueba.

ba. En total, 18 pacientes (36%) mostraron un incremento de los niveles de cortisol después de la administración de la dexametasona y 32 (64%) mostraron un decremento. El 10% de los sujetos incluidos en el estudio había intentado suicidarse recientemente y el 26% lo había intentado al menos en una ocasión en el pasado. Además, el 46% presentaba en la actualidad algún tipo de pensamiento en relación con la muerte y 20% presentaban ideación suicida al momento de la entrevista. Por lo tanto dividieron al grupo total entre sujetos con y sin ideación y conducta suicida. Al hacer la comparación entre estos dos grupos se encontró que los que los redujeron sus niveles tenían, en comparación con los que los incrementaron, menos características melancólicas, niveles similares de depresión, mejor sueño y menos pensamientos suicidas. Sin embargo, no se encontró relación alguna entre los resultados de la PSD y la ideación o conducta suicida.

Los autores concluyen que sus resultados sugieren una forma alternativa para interpretar este marcador biológico. Esta forma consiste en diferenciar entre quienes aumentan o reducen sus niveles de cortisol o bien los mantienen estables después de administrar dexametasona y en este estudio en particular, en relación con el suicidio.

(Xóchitl Duque Alarcon)

Bibliografía

FOUNTOLAKIS KN, GONDAX, RIHMER Z y cols.: Revisiting the dexamethasone suppression test in unipolar major depression: an exploratory study. *Ann Gen Psychiatry*, 2008, 7:22 doi: 10.1186/1744-859X-7-22.

Inducción de manía con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina en niños y adolescentes

■ Aún no se ha hecho el estudio ideal que valore adecuadamente el riesgo que poseen los antidepresivos para inducir estados de manía. Un estudio así, para tener valor, necesitaría ser doble ciego, controlado con placebo y con una excelente valoración de síntomas de manía, incluyendo la historia personal de cada sujeto y un seguimiento suficientemente largo para poder identificar la aparición de nuevos episodios maniacos, producto del efecto de los antidepresivos. En los sujetos adultos, ese riesgo se acepta habitualmente en la práctica clínica, aun a pesar de que no se cuenta con la suficiente evidencia que lo sustente; en cuanto a los niños y adolescentes, la información bibliográfica a este respecto es casi inexistente. Para analizar la situación más a profundidad, los autores de este artículo hacen una revisión actualizada de la evidencia y proponen algunas hipótesis para explicar este efecto de los antidepresivos. Su primera hipótesis la denominan de «ignición»: de acuerdo a ella, los medicamentos descubrirían una diátesis latente encendiendo genes ya presentes. Si bien esta hipótesis tiene sentido, no existen hasta ahora estudios que la comprueben con un diseño adecuado. La segunda hipótesis es la de la «cicatriz» que considera que los medicamentos crean una nueva diátesis ante la ausencia de un riesgo biológico previo. Esta es tal vez la más preocupante, pero al mismo tiempo una de las más especulativas ya que no hay evidencia directa que la apoye. La hipótesis del «efecto secundario» considera, por su lado,

que es un efecto temporal producido por el fármaco pero no una manifestación del trastorno. Si bien esta parece ser la más plausible, no ha sido posible comprobarla por medio de estudios con diseños suficientemente firmes. La hipótesis de la «vigilancia» postula que el efecto se debe a que se aumenta la vigilancia del trastorno, pero que en realidad no es una modificación del riesgo habitual. Se piensa que esta hipótesis contribuye a que se reporten altas tasas de manía en los estudios abiertos, lo cual irónicamente ha servido para vigilar mejor los síntomas de manía, aspecto que no suele suceder en los ensayos clínicos controlados. Otra hipótesis considera que la medicación es «irrelevante», lo cual implica que lo que se observa no es una consecuencia del tratamiento sino la evolución natural de la enfermedad. La hipótesis de la «falsa alarma» postula que lo que sucede es que el comportamiento juvenil (o la irritabilidad del niño) se etiqueta erróneamente como patológico cuando en realidad es un fenómeno dentro de los límites normales. También postula que es posible que la recuperación de la energía tras la revolución del estado depresivo se malinterprete como hipomanía. Finalmente, la hipótesis de la «depresión bipolar», considera que sobre todo en los jóvenes las fases de depresión suelen ser las primeras en aparecer en el trastorno bipolar y que, posteriormente, por la evolución natural del padecimiento, aparecerán las fases de manía. En muchos casos podría adjudicarse erróneamente que los tratamientos antidepresivos contribuyeron al desarrollo del trastorno bipolar. Los estudios de casos de inducción de manía con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) en jóvenes, son múltiples pero aportan poca evidencia sobre cómo tratar a estos pacientes. También se debe de considerar que los estudios de casos de jóvenes tratados con estos fármacos y que no desarrollan manía (casos negativos), por lo general no se publican, lo cual genera un sesgo en la interpretación de los resultados. Si bien existen ensayos clínicos sobre el uso de estos antidepresivos en población joven, la evaluación y detección de síntomas de manía no se efectúa en forma rigurosa. Esto lleva a la subestimación de los casos verdaderos lo cual genera un error de cálculo de las tasas de manía inducida. La fluoxetina ha sido el ISRS más estudiado al respecto. Si bien tiene un alto nivel de eficacia, es al mismo tiempo al que más se le relaciona como inductor de manía. Considerando los únicos tres ensayos clínicos publicados con adecuado rigor experimental para determinar su riesgo verdadero, se llega a la conclusión de que la posibilidad de generar beneficio *versus* daño con su prescripción es mayor a 11, lo que favorece la recomendación de su uso. No obstante, los autores aceptan que no hay suficiente sustento científico para resolver estos aspectos. En conclusión sugieren proceder con cautela aunque la evidencia más clara apoya que el riesgo de inducir manía por utilizar antidepresivos en niños y adolescentes es mínimo. Toman como ejemplo el caso de la fluoxetina dado que con su uso el posible efecto benéfico es diez veces mayor que el posible efecto de riesgo. Se debe hacer énfasis en la necesidad de orientar a los pacientes acerca de la medicación para que estén alertas sobre posibles efectos secundarios y puedan identificar los síntomas de la manía. En el futuro, con la personalización de la farmacología, incluyendo a las pruebas genéticas y metabólicas, así como el perfeccionamiento de las técnicas de evaluación clínica, se podrá contar con mejores herramientas que permitan adecuar la respuesta y reducir el riesgo potencial del uso de estos fármacos.

(Francisco Romo Nava)

Bibliografía

JOSEPH MF, YOUNGSTROM EA, SOARES JC: Antidepressant-coincident mania in children and adolescents treated with selective serotonin reuptake inhibitors. *Future Neurol*, 4:87-102, 2009.

Preludio de la pasión: activación del sistema límbico por claves no conscientes

■ Hacia fines del siglo XIX Freud propuso que muchos aspectos de la motivación humana (incluyendo temores y deseos) ocurren fuera del ámbito de la conciencia. Este concepto tuvo un profundo impacto en la cultura del siglo pasado a pesar de no contar con una evidencia comprobable. Con el desarrollo de las imágenes cerebrales funcionales es posible ahora tener un procedimiento por medio del cual probar si el cerebro responde a claves de significado motivacional, aun a pesar de que sucedan sin la participación de la conciencia. Los estudios de imágenes cerebrales han mostrado que ciertas estructuras (por ejemplo la amígdala), pueden responder a señales breves de miedo o amenaza sin el reconocimiento de la conciencia, lo cual implica que posiblemente este mecanismo tenga una función de supervivencia. Algunas señales de recompensa (por ejemplo las que brindan una oportunidad sexual) tienen un claro significado de supervivencia de la especie, mientras que otras (las que brindan oportunidad para el consumo de drogas) si bien actúan en los mismo circuitos neurales de recompensa no confieren, hasta donde se sabe, ventajas de supervivencia. Se desconoce la forma como el cerebro responde a ambos tipos de señales por lo que algunas investigaciones han abordado el estudio de este fenómeno tratando de obtener información.

Se sabe que la respuesta a estímulos para promover la actividad sexual o para consumir cocaína dispara un deseo consciente y una activación de ciertas regiones del circuito límbico cerebral que son importantes para el aprendizaje de la conducta de recompensa. Con la finalidad de investigar si se genera una respuesta cerebral similar cuando la conciencia no participa, los autores de este trabajo hicieron un procedimiento de estimulación con «enmascaramiento inverso», que consiste en presentar estímulos breves inductores de recompensa (estímulos clave) y seguidos de estímulos de más duración pero de contenido diferente. Bajo estas condiciones los sujetos refieren «ver» los estímulos prolongados mientras que los breves escapan al reconocimiento visual consciente. A un grupo de 22 sujetos del sexo masculino consumidores de cocaína, se les presentó de manera aleatoria estímulos relativos al consumo de cocaína, a la actividad sexual, estímulos de aversión y estímulos neutros, todos de 33 milisegundos de duración. Todos los estímulos fueron seguidos por la presentación de estímulos neutros durante 476 milisegundos y se les efectuó un estudio de neuroimagen con resonancia magnética funcional. Por medio de una tarea de reconocimiento inmediato y una tarea de reconocimiento forzado se comprobó que los estímulos clave utilizados no fueron reconocidos conscientemente por los sujetos. Después de dos días de la primera parte del estudio, se le efectuó a un subgrupo de sujetos una prueba

adicional para determinar la valencia afectiva (positiva o negativa) de los estímulos identificados conscientemente.

En forma muy clara, los estímulos claves inductores de consumo de cocaína y de conducta sexual, a pesar de no ser vistos conscientemente, generaron una activación diferencial en las distintas regiones del sistema límbico. Los de cocaína activaron la amígdala, el estriado ventral, la ínsula anterior y los polos temporales. También activaron la porción caudal de la corteza orbito-frontal. Las claves de contenido sexual también activaron intensamente al sistema límbico de manera similar a los del consumo de cocaína pero además activaron a la ínsula posterior, al hipotálamo y al mesencéfalo. De manera global, se comprobó que la rápida respuesta del cerebro a las claves de consumo de cocaína y de conducta sexual sin participación de la conciencia presentó un notorio traslape anatómico. Además encontraron que una mayor actividad cerebral como respuesta a las claves no conscientes de cocaína en las zonas de interconexión entre la amígdala y el estriado ventral, predijo una mayor respuesta afectiva a los estímulos conscientizados, lo cual sugiere una potencial continuidad entre los procesos afectivos y los motivacionales que ocurren fuera del campo de la conciencia.

Estos hallazgos muestran que el cerebro tiene una sensibilidad especial para las señales de recompensa (y no sólo a las que tienen una función de supervivencia). Si bien se conocía la rápida respuesta de la amígdala a las señales de peligro, las respuestas encontradas en este estudio a los estímulos sexuales y de consumo, que no pasan por la conciencia, muestran que esta estructura también tiene un papel fundamental en estos procesos. La hipótesis que postulan los autores con estos datos es que las claves de sexualidad y de consumo de drogas disparan los circuitos cerebrales de recompensa por medio de un condicionamiento pavloviano simple. Estas respuestas del cerebro generadas por estímulos no conscientes tienen implicaciones clínicas. El cerebro puede desencadenar un prelude motivacional instantáneo, fuera de la conciencia y sin la supervisión de las regiones frontales regulatorias. Para cuando el estado motivacional se etiqueta y se experimenta como un deseo consciente, el sistema límbico de recompensa, que es filogenéticamente antiguo, ya empezó a funcionar. Este dilema se puede ver reflejado no sólo en la lucha diaria del individuo para contener el empuje de las recompensas naturales (como el alimento o el sexo), sino también para el control de los padecimientos crónicos y resistentes en los que una falta de control es el síntoma cardinal (en este caso el ejemplo son las adicciones). De manera heurística, el paradigma de las imágenes cerebrales con claves no conscientes podría utilizarse para desarrollar tratamientos que aborden el problema de las motivaciones desde antes de que éstas pasen por la conciencia.

(Carlos Berlanga)

Bibliografía

CHILDRESS AR, EHRMAN RN, WANG Z y cols: Prelude to Passion: Limbic Activation by «Unseen» Drug and Sexual Cues. *PLoS ONE*, 3(1):e1506. doi:10.1371/journal.pone.0001506.

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, a través de la Dirección de Enseñanza lo invita a sus cursos 2010

Cursos para psiquiatras y otros profesionistas

- Psiquiatría comunitaria
- Genómica psiquiátrica, aplicaciones para la práctica clínica
- Violencia sexual, de género y salud mental
- Corrientes actuales de psicoterapia y su aplicación clínica
- El impacto de los trastornos de la personalidad en el diagnóstico psiquiátrico
- Nuevas tendencias del tratamiento psicofarmacológico basado en evidencias
- Introducción a la psiquiatría legal y criminológica
- Nuevos conceptos sobre la estructura anatómica del sistema límbico: sus aplicaciones para la psiquiatría y las neurociencias en general
- Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos del espectro obsesivo
- Tópicos de salud mental en el género masculino
- Trastorno de pánico. Evaluación, diagnóstico y tratamiento
- Cómo interpretar los resultados de la investigación clínica
- Fibromialgia: cuando el dolor se convierte en enfermedad
- Medicina interna para psiquiatras
- Introducción a la psiquiatría forense y criminología
- Trastornos psiquiátricos en el embarazo y en el posparto
- El corazón y la mente
- Trastornos del estado de ánimo y de ansiedad
- Salud mental y psicopatología de la mujer
- Nuevos conceptos sobre la estructura anatómica del sistema límbico: sus aplicaciones para la psiquiatría y las neurociencias en general
- Intervención de enfermería en el cuidado del paciente con trastorno límite de la personalidad y/o difícil
- Actualización en urgencias psiquiátricas
- Actualización en psiquiatría
- Curso-Taller: Electroencefalografía, mapeo cerebral y polisomnografía en neuropsiquiatría
- Tópicos de la salud mental en el género masculino
- Consecuencias y manejo de las experiencias traumáticas
- Tópicos selectos de sexología médica
- Musicoterapia como recurso para el tratamiento y rehabilitación del enfermo mental
- El Suicidio: un problema de salud pública actual
- El espectro bipolar en la clínica e investigación
- Introducción a la tanatología

- Intervención sistémica en familias y pareja
- Abordaje multidisciplinario del abuso del alcohol
- Estrés y cerebro: un abordaje biopsicosocial
- Diagnóstico y tratamiento de las adicciones
- Diagnóstico e intervención terapéutica en los trastornos alimentarios

Diplomados a distancia

- Diplomado introducción a la psiquiatría
- Salud mental del niño y el adolescente en el contexto familiar
- Diplomado de trabajo social en el ámbito de la psiquiatría y salud mental
- Curso postécnico de enfermería psiquiátrica y salud mental

Videoconferencias

- Genómica y su impacto en la psiquiatría
- Diagnóstico y tratamiento en el consumo excesivo del alcohol
- Discusión de un caso clínico
- Estimulación magnética transcraneal
- Abordaje del insomnio. Manejo no farmacológico
- Nuevo enfoque para la atención de las urgencias psiquiátricas
- Fibromialgia: cuando el dolor se convierte en enfermedad
- Masculinidad
- La musicoterapia como recurso para el tratamiento y rehabilitación del enfermo mental
- Psicopatología basada en evidencias
- Intervención breve para apoyar a las familias que tienen familiares con problemas de alcohol y drogas
- Trastornos de la sexualidad
- Envejecimiento y melatonina
- Aspectos neurobiológicos del apego y psicopatología
- Demencias
- Relación del uso de psicofármacos y suicidio
- Diagnóstico dual
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Violencia de género

No dejes de consultar en los próximos números las fechas de estos cursos.

Mayores informes: Psic. Dulce Mejía. Tel. 4160-5421
difusion@imp.edu.mx / inprfm@gmail.com

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

