



INSTITUTO NACIONAL
DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE

Información

Clínica

Volumen 13

Número 4

Abril del 2001

La esquizofrenia: los genes y el ambiente

■ Las bases genéticas de la función mental son complejas y, de hecho, se atribuyen a la acción de diferentes genes. A lo largo de la vida estos factores genéticos interactúan con el ambiente para producir los pensamientos, las emociones y las conductas.

Los conocimientos que se tienen en la actualidad respecto a esto, pueden ayudar a buscar métodos de prevención y tratamiento para la esquizofrenia.

El hecho de que la esquizofrenia y otros trastornos relacionados obedezcan a causas genéticas está bien demostrado, sin embargo la prevalencia de la esquizofrenia en el mundo es del 1% y no hay pruebas suficientes de que sólo se deba a la influencia genética, sino que por el contrario, en los estudios de gemelos monocigóticos y dicigóticos, se ha encontrado que el ambiente desempeña un papel importante en el desarrollo de la enfermedad, de tal forma que la varianza fenotípica de la esquizofrenia se representa con la siguiente ecuación.

$$V \text{ fenotipo} = V \text{ genética} + V \text{ ambiente} + V \text{ error}$$

Este tipo de ecuaciones permite comprender las contribuciones genéticas y ambientales a esta enfermedad.

Una pregunta que parece importante en la actualidad es si la esquizofrenia y otros trastornos mentales relacionados son una sola enfermedad o son varias enfermedades. Una hipótesis es que la esquizofrenia es una patología genéticamente homogénea, con efectos pleiotrópicos; otra hipótesis es que el fenotipo de la esquizofrenia obedece a efectos aditivos diversos, tanto genéticos como ambientales y, finalmente, que la esquizofrenia obedece a diversos efectos genéticos.

Una clara clasificación del fenotipo, basada en hallazgos neuropatológicos y neuropsicológicos, puede dar mucha luz en este problema.

En la actualidad se han identificado algunos genes específicos aunque ninguno está definitivamente identificado: 6p, 8p, 10p y 13q, son diferencias en unos y otros grupos raciales.

Los factores de riesgo más altos identificados en el ambiente, en relación con las relaciones familiares, son los que se han encontrado en los gemelos idénticos cuando uno de ellos está afectado, así como en los hijos de ambos padres afectados. Sin embargo, la predicción teórica únicamente basada en los aspectos genéticos no tiene la importancia que cabría esperar, de ahí que los factores ambientales sean tan importantes. Los componentes ambientales que interesan son los psicosociales, los biológicos y los físicos que prevalecían al momento de la concepción, durante el desarrollo intrauterino, al nacer y durante la maduración.

Ahora bien, la interacción entre los genes y el ambiente puede obedecer a factores genéticos que medien la sensibilidad al ambiente, o a los factores ambientales que regulan la expresividad genética.

Uno de los factores que se han estudiado es la estación del año en que nacen los pacientes esquizofrénicos, encontrándose que nacen más en invierno, lo cual se relaciona con algunos factores probablemente de tipo infeccioso. Otro elemento que puede aumentar el riesgo de padecer esquizofrenia es nacer en una zona urbana, por la cantidad

Contenido

| | |
|---|-----------|
| La esquizofrenia: los genes y el ambiente | 19 |
| La comorbilidad y la cronología de la aparición de los trastornos de ansiedad en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria | 20 |
| Características farmacológicas del antidepresivo ideal para el siglo XXI | 21 |
| Los predictadores de psicopatología en los adultos jóvenes que habían sido referidos a los servicios de salud mental durante su infancia o su adolescencia | 22 |
| La esquizofrenia que se inicia después de los 50 años | 23 |

tan grande de ruido, contaminación, delitos, divorcios y otros factores sociales negativos que pueden precipitar la enfermedad en los individuos genéticamente susceptibles.

Hay evidencias de que las enfermedades virales infecciosas del sistema nervioso central durante la etapa prenatal y perinatal, como el virus de la influenza, la Cox sackie B, la polio y la varicela, pueden contribuir a incrementar el riesgo de padecer esquizofrenia, observándose mayor vulnerabilidad durante el segundo trimestre del embarazo.

También se han encontrado anticuerpos elevados para el citomegalovirus y el herpes virus, y una asociación entre la esquizofrenia y el alelo de histocompatibilidad HLA A9. En los individuos con enfermedades autoinmunes, lo cual sugiere otra posible causa: se considera que estos anticuerpos pueden intervenir en el neurodesarrollo anormal de estos pacientes.

En cuanto a las complicaciones del embarazo y del nacimiento, se ha encontrado que los fenómenos que pueden causar hipoxia son los más peligrosos, siendo la preclamsia una de las complicaciones más importantes.

Uno de los factores psicosociales implicados en el riesgo de que los niños adoptados provenientes de madres esquizofrénicas padezcan esta enfermedad es que vivan en hogares en los que haya alteraciones en la comunicación con sus padres adoptivos, o en los que el padre esté ausente.

Finalmente, las estructuras anormales del cerebro correlacionadas con la esquizofrenia son los ventrículos cerebrales alargados, un menor volumen cortical cerebral, especialmente en el lóbulo temporal y frontal, y una asimetría izquierda-derecha en el lóbulo temporal. Estos signos aparecen al empezar la esquizofrenia y se van agravando con el tiempo. Los estudios postmortem confirman estos cambios en la citoarquitectura, así como una alteración en la densidad neuronal y la disminución del tamaño neuronal en las regiones límbicas y en el lóbulo temporal y frontal. Además, la falta de gliosis en estos estudios sugiere que la esquizofrenia se debe a una alteración en el neurodesarrollo y no a un proceso neurodegenerativo.

En las biopsias de los cerebros de pacientes esquizofrénicos se ha observado un tipo de desorganización similar a la encontrada en la corteza cerebral del *knout outmice*, asociada al gen p35 que activa una quinasa 5 ciclina dependiente (cdk5), la cual produce fosforilatos que alteran las fibras citoesqueléticas y el movimiento neuronal, observándose falta de migración de las neuronas más jóvenes, por lo que la organización de la corteza se altera. Por otro lado, las funciones neuropsicológicas también se dañan en los pacientes esquizofrénicos, encontrándose alteraciones en la memoria verbal, en la atención, en la abstracción y en el lenguaje.

Los estudios retrospectivos señalan algunos factores predictivos en la infancia, como las anormalidades motoras, la expresión facial, las alteraciones en el desenvolvimiento social y los problemas de aprendizaje, que frecuentemente se presentan antes de la enfermedad.

En conclusión, podemos decir que la causalidad de la esquizofrenia cada vez se comprende mejor dentro de un proceso en el que se altera el neurodesarrollo cerebral, el cual puede ocurrir en los seres humanos hasta entre la se-

gunda y tercera década, interviniendo factores como la generación y la diversidad de las sinapsis, así como la apoptosis, lo cual es regulado genéticamente, y probablemente se expresa debido a diversos factores ambientales. Mientras mayores sean los conocimientos que se tengan sobre esto, mayores serán los recursos para la prevención y el tratamiento de esta enfermedad.

(Nashyela Loa Z.)

Bibliografía

MING T: Eschizophrenia: Genes and environment, *Biology Psychiatry*, 47:210-220, 2000.

La comorbilidad y la cronología de la aparición de los trastornos de ansiedad en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria

■ Los pacientes con trastornos alimentarios, frecuentemente presentan síntomas de ansiedad. Los síntomas más frecuentemente relacionados son los obsesivo-compulsivos, los relacionados con las fobias (social y simple) y algunos de ansiedad generalizada. Sin embargo, hay pocas investigaciones que hayan estudiado con rigor metodológico, la relación que puede existir entre ellos.

El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de todos los tipos de trastornos de ansiedad a lo largo de la vida, y la historia del trastorno de ansiedad por separación en la infancia de los pacientes con trastorno alimentario. Además, evaluar en los casos que así lo ameritaran, la edad de inicio del trastorno de ansiedad, para saber si éste precedía al alimentario.

Para la realización de este estudio se reclutaron 63 pacientes que cumplieran con los criterios del DSM-IV para anorexia nervosa (AN, n = 29) y bulimia nervosa (BN, n = 34). Las pacientes con AN estaban internadas, mientras que las pacientes con BN eran tratadas como externas. Las que tenían AN se evaluaron en la segunda mitad de su internamiento, mientras que a las pacientes con BN se les entrevistó en la consulta externa una vez que se había establecido su tratamiento.

A todas las pacientes se les aplicó la Entrevista Diagnóstica Internacional (CIDI por sus siglas en inglés), la cual explora siete diagnósticos del trastorno de ansiedad según el DSM-III-R. Por lo anterior, se añadieron preguntas para calificar el trastorno alimentario según el DSM-IV. Para evaluar la historia de ansiedad por separación se

utilizó el Inventario de Esquizofrenia y de Trastornos Afectivos a lo Largo de la Vida, modificado para el estudio de los trastornos de ansiedad (SADS-LA-R, por sus siglas en inglés). Todos los sujetos fueron personalmente entrevistados por el autor principal del artículo.

Para la realización del análisis estadístico se consideró de manera separada a las pacientes con AN y BN. Se comparó la prevalencia actual y a lo largo de la vida en los dos grupos (AN y BN), utilizando la Prueba de chi-cuadrada o la Prueba Exacta de Fisher. Para las comparaciones de los datos cuantitativos se utilizó la Prueba de t de Student (variables con distribución Gaussiana) y la Prueba de Mann-Whitney (variables con distribución no Gaussiana).

Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

El promedio de edad a la cual las pacientes con AN iniciaron su trastorno alimentario fue de 15.9 ± 2.7 , y el de las pacientes con BN fue de 19.5 ± 4.6 , con una duración de 2.4 ± 3.2 y 7.1 ± 6.4 , respectivamente. El 53% (n = 18) de las pacientes con AN ya había padecido BN y sólo 7% (n = 2) de las pacientes con BN tenía antecedente de AN.

El 83% (n = 24) de las pacientes con AN, y el 71% (n = 24) de las pacientes con BN, habían padecido por lo menos un trastorno de ansiedad durante su vida, siendo el más frecuente la fobia social [55% (n = 16) y 59% (n = 20), respectivamente]. Todos los diagnósticos de ansiedad estaban presentes cuando se les entrevistó, excepto el de ansiedad generalizada, el de crisis de angustia, y el de trastorno obsesivo compulsivo.

Entre las pacientes que habían presentado comorbilidad, la mayoría reunía criterios para más de un trastorno de ansiedad. El diagnóstico más frecuente en estas pacientes fue el de fobia social. En cuanto a la cronología de la aparición de los trastornos de ansiedad, se observó que 75% de las pacientes con AN y 88% de las pacientes con BN lo habían presentado previamente. La fobia social fue el trastorno anterior más frecuente en las pacientes con BN (90%); y la fobia simple [AN 85% (n = 11) y BN 100% (n = 7)] precedió a la mayoría de los trastornos alimentarios.

Por los datos obtenidos, se puede concluir que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, presentan antecedentes de trastornos ansiosos con mucho mayor frecuencia durante su vida, siendo los más prominentes el de fobia social y las fobias simples, lo cual puede relacionarse con ciertas conductas de los pacientes y con los sustratos neuroquímicos que las sustentan.

(Roberto García Suárez)

Bibliografía

GODART NT, FLAMENT MF, LECRUBIER Y, JEAMANT P: Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *Eur Psychiatry*, 15:38-45, 2000.

Características farmacológicas del antidepresivo ideal para el siglo XXI

■ Durante los últimos 20 años, los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) han abierto nuevas posibilidades de tratamiento para el trastorno depresivo mayor (TDM). Los antidepresivos tricíclicos (ADT), que durante muchos años fueron la opción principal para el tratamiento del TDM, son ahora cuestionados en torno a sus efectos colaterales y su efectividad en algunas poblaciones como la de los niños y los adolescentes.

Existen 7 grupos de antidepresivos, además de los ADT:

1. Los ISRS: fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, citalopram, r-fluoxetina y desmetilcitalopram.
2. Los inhibidores de la recaptura de norepinefrina y la serotonina: venlafaxina y milnacipram.
3. Los inhibidores de la recaptura de norepinefrina: reboxetina.
4. Los antagonistas de los receptores 5-HT₂ y de la recaptura de serotonina: trazodona y nefazodona.
5. Los agonistas parciales del receptor 5-HT_{1A}: buspirona, ipsapirona y gepirona.
6. Los bloqueadores del receptor presináptico de dopamina: amisulpiride y sulpiride.
7. Los inhibidores selectivos de la monoaminooxidasa (IMAO): befloxatona y selegilina.

El antidepresivo ideal debe cumplir con diferentes características en el área de la eficacia, la seguridad y la tolerabilidad así como en la farmacocinética. Desde la perspectiva de la eficacia no hay, hasta la fecha, ningún antidepresivo que cure la depresión. Los índices de recaída posteriores a un tratamiento exitoso con ISRS y ADT son del 20% al 70% y el resultado efectivo del tratamiento crónico con ADT, ISRS o IMAO es el incremento de la neurotransmisión serotoninérgica, por lo que los antidepresivos del futuro sin duda deberán considerar otras opciones de neurotransmisores. Un ejemplo de esto es la evidencia reciente de la reducción del ácido gamaaminobutírico (GABA) en la corteza occipital de los pacientes deprimidos, o el uso de antagonistas del neuropéptido conocido como sustancia P, cuyo uso ha sido equiparado con la paroxetina en pacientes con depresión-ansiedad. Los nuevos antidepresivos deberán ser eficaces para todos los sujetos deprimidos, o al menos para la mayoría. Esto constituye un reto para poblaciones específicas, como las pediátricas o las geriátricas, cuya respuesta difiere de la de los adultos con las actuales opciones farmacológicas.

El antidepresivo ideal debe ser de rápida acción. La mayoría de los tratamientos antidepresivos requiere de algunas semanas para evaluar su efectividad, lo que se relaciona con los mecanismos de la *down regulation* en los recep-

tores beta-l-adrenérgicos. Se ha tratado de acelerar el tiempo de respuesta con beta bloqueadores (propranolol), pero los resultados han sido inconstantes y, en ocasiones, contradictorios en las poblaciones específicas de adolescentes.

El antidepresivo ideal debe ofrecer un efecto sostenido que evite las recaídas, ya que en algunos pacientes éstas se presentan incluso cuando se mantiene la farmacoterapia. En las poblaciones específicas de niños y adolescentes deberán hacerse estudios de mantenimiento a largo plazo —de más de un año— con el fin de conocer y evaluar sus potenciales efectos colaterales a largo plazo, y su valor como predictor de recaídas.

Los antidepresivos de este nuevo siglo deben proporcionar una adecuada curva dosis-respuesta, lo que significa que la variabilidad de las dosis óptimas no debe ser muy diferente del doble de la establecida. El caso de los metabolizadores lentos de los ADT es un buen ejemplo, ya que la dosis terapéutica puede ser de 50 mgs/día a pesar de que sabemos que la dosis terapéutica convencional es > 150 mgs/día. Esta característica de los medicamentos ha cambiado con los ISRS.

Antes de emplear los nuevos fármacos se deberán evaluar con detenimiento cinco características de seguridad y tolerabilidad: 1. Leves efectos colaterales. 2. Poca toxicidad en caso de sobredosis. 3. Mínimos o nulos efectos cognoscitivos. 4. Que no se presenten efectos adversos al suspenderlos. 5. Que sus efectos no sólo reduzcan los síntomas, sino que sean benéficos para la calidad de vida del paciente.

Los nuevos fármacos deberán contar con cuatro características farmacocinéticas fundamentales: 1. Disposición predecible y constante; la disposición es menos complicada cuando los medicamentos no producen metabolitos activos farmacológicamente. La concentración de los metabolitos en los sitios blanco no es la misma del precursor, además de que tarda más en eliminarse y su vida media es usualmente más larga. 2. Múltiples vías de eliminación no solamente a nivel hepático (v. gr. enzimas CYP3A4, CYP2D6), sino también a nivel renal. 3. Que su vida media de eliminación sea de 15 a 30 hrs., de manera que permitan administrar una sola dosis al día. 4. Que su interacción medicamentosa sea baja, además de tener poca o nula inhibición de la enzima citocromo P450.

A manera de conclusión se puede señalar que en los próximos años seguirán surgiendo rápidamente medicamentos antidepresivos que traten de establecer las características óptimas ya mencionadas de eficacia, seguridad y tolerabilidad. Los nuevos medicamentos implicarán un mejor conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos de la depresión, lo que permitirá obtener una rápida respuesta y bajos efectos colaterales.

(Francisco de la Peña Olvera)

Bibliografía

DEVANE CL: Pharmacologic characteristics of ideal antidepressants in the 21st Century. *J Clin Psychiatry*, 61(supl 11):4-8, 2000.
DE LA PEÑA F: Problemas y perspectivas de la psicofarmacología en niños y adolescentes. *Información Clínica*, 10(4): 19-20, 1999.

Los predictadores de psicopatología en los adultos jóvenes que habían sido referidos a los servicios de salud mental durante su infancia o su adolescencia

■ Históricamente, la relación entre la psicopatología del adulto y del niño ha sido estudiada de manera retrospectiva. El creciente reconocimiento de la posible continuidad de los problemas de la infancia en el adulto aboga por un planteamiento prospectivo basado en el desarrollo, estudiando muestras de población general y clínica (los niños enviados a los servicios de salud mental) para compararlas y determinar si hay diferencias que permitan identificar a los predictores de patrones problemáticos en el adulto joven. De esta manera se podrían planear e implementar intervenciones terapéuticas mejor enfocadas y con mayor eficiencia preventiva. El objetivo de este estudio fue investigar, por medio de diferentes informantes, una muestra de niños y adolescentes enviados a una clínica de salud mental, para conocer la estabilidad cuantitativa a largo plazo de los patrones problemáticos determinados de manera empírica, y el poder de diferentes síndromes y variables demográficas para predecir, durante la etapa de la adolescencia, los síndromes del adulto joven. Los sujetos fueron inicialmente enviados a la clínica de pacientes ambulatorios del Departamento de Psiquiatría de Niños y Adolescentes del Hospital Infantil Sophia, de Rotterdam, para evaluarlos o proporcionarles tratamiento psiquiátrico entre junio de 1982 y enero de 1995. Para ser incluidos en el estudio, los sujetos debían haber contestado en el primer contacto (T1) el *Youth Self-Report* (YSR); alguno de sus padres o su sustituto, la *Child Behavior Checklist* (CBCL) y alguno de sus maestros, el *Teacher's Report Format* (TRF). Fueron elegidos 2 441 sujetos para el seguimiento. En el segundo contacto (T2) se formaron 3 grupos basados en la edad de los sujetos: niños, adolescentes y adultos jóvenes (de 19 años o más, n = 789). Estos últimos son los que se tomaron en cuenta en este informe. A los sujetos y a sus padres, o sustitutos, se les invitó por correo, por vía telefónica o durante una visita domiciliaria, a que contestaran algunos cuestionarios estandarizados: la *Young Adult Behavior Checklist* (YABCL) por un padre o su sustituto, y el *Young Adult Self-Report* (YASR) por el paciente. Estos son extensiones de los llenados en el T1. Se obtuvo la respuesta de 506 (64.1) sujetos y de 374 (85.8%) padres o sus sustitutos (de los 436 que dieron permiso de contactarlos en un promedio de seguimiento de 10.5 años (d.e. 2.2). Todos los instrumentos aplicados derivan de la *Child Behavior Checklist* (CBCL), que es un cuestionario estructurado para conocer el funcionamiento adaptativo y

los problemas emocionales y conductuales durante los seis meses anteriores. Los cuestionarios se clasifican en ocho síndromes: aislamiento, quejas somáticas, ansiedad/depresión, problemas sociales, problemas del pensamiento, problemas de atención, conducta delictiva y conducta agresiva; y en dos clasificaciones de banda amplia: internalización, que incluye los síndromes de aislamiento, ansiedad/depresión y quejas somáticas; y externalización, que incluye los síndromes de conducta delictiva y agresiva. Se llegó a las siguientes conclusiones: el problema de conducta de los niños y los adolescentes enviados a los servicios de salud mental (de atención ambulatoria) predice con gran precisión la presentación de un problema de conducta similar cuando sean adultos jóvenes; la estabilidad es más alta para la externalización que para la internalización y para la información de intrainformantes (CBCL/YABCL; YSR/YASR), que para la de interinformantes (CBCL/YASR; YSR/YABCL; TRF/YASR; TRF/YABCL). La estabilidad es similar en ambos sexos, pero para obtener una visión global del funcionamiento del adulto joven, sería conveniente poder contar con información proveniente de un familiar adulto.

(Francisco Javier Heredia Quintero)

Bibliografía

VISSER J H y cols.: Predictors of psychopathology in young adults referred to mental health services in childhood or adolescence. *British J Psychiatry*, 177:59-65, 2000.

La esquizofrenia que se inicia después de los 50 años

■ **Introducción:** Hay desacuerdo respecto a si la esquizofrenia de inicio tardío (LOS) es una enfermedad tardía de la esquizofrenia de inicio temprano (EOS), la cual es más común, o si es un síndrome distinto. En este estudio se comparó a un grupo de sujetos en los que la enfermedad apareció cuando tenían 50 años o más, con dos grupos: uno de sujetos con EOS, en los que la enfermedad se inició antes de los 35 años, y un grupo control de pacientes no psiquiátricos, para investigar la fenomenología, los factores de riesgo y la disfunción neuropsicológica de los pacientes con LOS.

Se hipotizó que los LOS y los EOS diferían fenomenológicamente; los sujetos con LOS tenían menos antecedentes familiares de esquizofrenia que los pacientes con EOS, pero más que los controles; los sujetos con LOS tenían mayores déficits auditivos que los EOS y los sujetos control. Finalmente, la personalidad premórbida y el grado de aislamiento de los sujetos con LOS y con EOS sería similar entre ellos, pero distinto del de los controles.

Entre 1992 y 1994 se reclutaron 30 pacientes con diagnóstico de EOS (edad media a la que se inició: 25.9 años) y 27 pacientes con LOS (edad media a la que se inició: 66.4 años), provenientes de los servicios locales de salud mental, que reunían los criterios del DSM-III-R para la esquizofrenia, lo cual fue determinado de manera independiente por dos psiquiatras. Además, se reclutaron 34 voluntarios como sujetos control, sin historia de enfermedades psiquiátricas. Se excluyeron del estudio aquellos sujetos con antecedente de abuso de sustancias, de enfermedades neurológicas o traumatismo craneoencefálico con pérdida del estado de alerta; también los que obtuvieron un puntaje menor de 20 en el examen *Mini-Mental* de Folstein, los que padecían de retraso mental, disquinesia tardía grave, depresión mayor o manía y los que no tenían historia clínica para correlacionar los datos.

Se examinaron los siguientes aspectos: las características sociodemográficas, la historia de la enfermedad y el tratamiento (utilizando una entrevista semiestructurada), la historia psiquiátrica familiar (utilizando una entrevista estructurada), la personalidad premórbida (con el Inventario de Personalidad Premórbida), el aislamiento social (con la Escala de Aislamiento Social), las funciones auditivas y visual, la independencia funcional (utilizando diversos instrumentos, entre ellos la Escala de Funcionamiento Global y las Escalas para el Análisis de los Síntomas Positivos (SAPS) y Negativos (SANS). Los datos fueron analizados utilizando la χ^2 , la prueba de Fisher y el test de Student. Para el análisis de variables individuales de las escalas SAPS y SANS se hicieron ajustes de Bonferroni a un nivel de 0.05.

Resultados

Demográficos: Los sujetos con EOS eran más jóvenes que los sujetos con LOS y que los controles. Los sujetos con EOS y LOS tenían menos educación académica, habían desempeñado trabajos de poca importancia, eran menos probable que estuvieran casados, y tenían menos hijos que los sujetos controles.

Personalidad premórbida y aislamiento social: Los sujetos con LOS y los sujetos con EOS eran más excéntricos, más suspicaces y estaban más aislados que los controles. Los sujetos con LOS tenían menos amigos que los sujetos con EOS, pero ambos tenían menos amigos que los sujetos control.

Deficiencias sensoriales: Los sujetos con EOS tenían un menor déficit auditivo que los sujetos con LOS y que los sujetos control.

Historia psiquiátrica familiar: Los sujetos con LOS tenían una historia familiar significativamente menos determinante que los sujetos con EOS y que los sujetos control.

Características clínicas: Los sujetos con LOS y los sujetos con EOS no difirieron en las proporciones psicóticas. La dosis de neurolépticos que habían recibido fue significativamente mayor en los sujetos con EOS que en los que tenían LOS.

Fenomenología: La sintomatología psicótica y el puntaje de SAPS fueron similares en los sujetos con EOS y en los sujetos con LOS, pero un mayor número de sujetos con EOS experimentó síntomas de trastornos formales del pensamiento.

Discusión: Encontramos que la definición del DSM-III-R para la esquizofrenia puede darse por primera vez en los últimos años de la vida, y que las similitudes en la fenomenología de los sujetos con LOS y de los sujetos con EOS sobrepasan las diferencias. No hubo diferencias respecto al tipo de delirios y alucinaciones, excepto por la relativamente mayor frecuencia de delirios de control en el grupo de sujetos con EOS. La enfermedad de los sujetos con LOS era menos severa que la de los sujetos con EOS, y en el periodo más grave de la enfermedad no presentaron tanto déficit funcional en la vida diaria, como los pacientes con EOS, y recibían una dosis menor del neuroléptico. Se confirmaron las asociaciones entre los LOS y el género femenino, la personalidad premórbida anómala y el aislamiento social. La única diferencia observada entre los pacientes con EOS y los que padecían LOS fue que los sujetos

con LOS dijeron haber tenido menos amigos antes de enfermarse. Las anomalías de la personalidad premórbida de los pacientes con LOS sugiere una vulnerabilidad a largo plazo para padecer esquizofrenia, al menos en algunos pacientes. Además, este trastorno no puede deberse solamente a una disfunción neurológica adquirida posteriormente en los últimos años de la vida.

Entre las limitaciones del estudio se encuentran: el tamaño de la muestra, el sesgo en la selección, la dificultad para emparejar por edad a los sujetos con EOS y a los sujetos con LOS, y la posibilidad de que se haya incluido en el estudio a sujetos con trastornos cerebrales no detectados.

(Abigail Oaiz Domínguez)

Bibliografía

BRODATY H, SACHDEV P, ROSE y cols.: Schizophrenia after 50's. *British J Psychiatry*, 175, 410-415, 1999.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Director Emérito
Dr. Ramón de la Fuente.

Editor de la publicación:
Dr. Gerardo Heinze.

Jefe del Departamento de Publicaciones:
Dr. Héctor Pérez-Rincón.

Dirección: Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco
Deleg. Tlalpan, 14370 México, D.F. Teléfono: 655-28-11.
Fax: 655-04-11.

Suscripción anual 2001

| | Nacional | Extranjero* |
|---------------------------------------|-----------|-------------|
| Instituciones | \$ 180.00 | USD 55.00 |
| Personas físicas | \$ 180.00 | USD 45.00 |
| Estudiantes con credencial vigente | \$ 90.00 | USD 45.00 |
| Números sueltos o atrasados | \$ 30.00 | USD 5.00 |

* Estos precios incluyen el correo aéreo.

Departamento de Publicaciones:
Angélica Bustamante, Norma Vollrath, y Elizabeth
Cisneros.

