

Diferencias en la actividad frontal entre sujetos con alta y baja creatividad	37
Tratamiento para adolescentes psicóticos. Esquizofrenia y síndromes <i>esquizo-like</i>	38
Pseudoalucinaciones (PDA)	40
Evaluación dimensional de la personalidad en pacientes con trastornos de la alimentación	41
Efectividad del divalproato de sodio en el trastorno límite de la personalidad	41

En el área prefrontal anterior se estableció un efecto significativo de los tests ($F[3,66]=3.44$; $p<0.005$), que implicó una mayor activación de la fase de relajación posterior a la aplicación de los tests de discurso automático y de fluidez verbal, y mayor activación en el test de uso de ladrillos. Asimismo, se observó mayor asimetría derecha en discurso automático e izquierda en los demás tests. En la región frontotemporal, el efecto de los tests fue ($F[3,66]=8.49$; $p<0.0001$), con menor activación en la relajación y mayor en las 3 pruebas verbales, con mayor asimetría a la derecha. En la región frontal superior, el efecto de los tests dio como resultado ($F[3,66]=6.97$; $p<0.001$), y se observó una asimetría izquierda moderada en sujetos altamente creativos y un patrón simétrico en sujetos con baja creatividad.

En cuanto a la diferencia del flujo sanguíneo regional cerebral entre la aplicación de los tests de fluidez verbal y de uso de ladrillos, en la región prefrontal anterior los sujetos altamente creativos presentaron mayor activación bilateral y los sujetos de baja creatividad tuvieron un incremento en la actividad del hemisferio derecho. En la región frontotemporal, en los sujetos altamente creativos no hubo cambios bilaterales, y en los sujetos con baja creatividad se observó una disminución en la activación, sobre todo en el hemisferio derecho ($F[1,22]=4.19$; $p=0.05$). En la región frontal superior, en los sujetos altamente creativos, hubo mayor activación derecha y en los de baja creatividad hubo una disminución bilateral ($F[1,22]=8.63$; $p<0.01$).

En el test de fluidez verbal, el desempeño fue similar en ambos grupos creativos (grupo de alta creatividad: 13.5 palabras/min; y grupo de baja creatividad: 13.9 palabras/min). En el test de uso de ladrillos no se apreciaron diferencias significativas en el número de categorías en ninguno de los grupos. Se observó además una correlación positiva entre los tests de fluidez verbal y de uso de ladrillos ($r=0.50$; $p<0.01$). Al calcularse la relación entre el test de uso de ladrillos y la activación prefrontal, se detectó una relación lineal negativa significativa ($r=-0.44$; $p<0.05$ vs $r=-0.57$; $p<0.01$). El grupo altamente creativo presentó mayor estado de ansiedad comparado con el de baja creatividad (media 33.1 vs 29.2; $t=2.036$; $p<0.05$). Para el área prefrontal anterior izquierda, se observó una correlación positiva entre el estado de ansiedad y las diferencias de flujo en los tests de fluidez verbal y de uso de ladrillos ($r=0.57$; $p<0.05$). El grupo de baja creatividad fue superior en la prueba lógico-inductiva (7.7 vs 5.7; $t=3.866$; $p<0.001$), así como en la prueba dígito símbolo (12.3 vs. 9.7; $t=3.105$; $p<0.01$). De este modo, se pudo comprobar que en los sujetos altamente creativos se presentó una mayor activación bifrontal durante el test de uso de ladrillos. Asimismo, se confirmó parcialmente que las personas altamente creativas obtuvieron puntuaciones superiores en los tests visuoespaciales; estos mismos sujetos tuvieron mayores niveles de ansiedad. Algunas investigaciones han relacionado los lóbulos frontales con la ansiedad, por lo que probablemente la mayor activación bifrontal manifestada durante el test de uso de ladrillos por los sujetos altamente creativos se haya debido a una

combinación de la ansiedad con las funciones creativas. Los resultados pueden observarse bajo el término de funciones complementarias de ambos hemisferios.

(Walfred Rueda-Medina)

Bibliografía

CARLSSON I, WENDT PE, RISBERG J: Neurobiology of creativity. Differences in frontal cortex activity. *Neuropsychologia*, 38:873-885, 2000.

Tratamiento para adolescentes psicóticos. Esquizofrenia y síndromes esquizo-like

■ El diagnóstico y el tratamiento temprano son indispensables para minimizar las discapacidades asociadas con los síntomas psicóticos de inicio en la adolescencia. Para ello es importante considerar tanto el tratamiento del episodio índice como el manejo subsecuente. También es importante considerar que la aparición de síntomas psicóticos en la adolescencia refleja normalmente el inicio de manifestaciones crónicas o multiepisódicas. Aunque en la mayoría de los casos los criterios diagnósticos no son muy diferentes de los del adulto, en algunos adolescentes, más que deterioro en las funciones sociales, puede observarse una falta de progreso en el desarrollo. Más que estigmatizar al paciente, establecer un diagnóstico acertado en forma temprana le permite tener acceso a servicios que pueden ayudar a disminuir el sufrimiento ocasionado por estos síntomas.

Epidemiología

Aun cuando existe muy poca información confiable en torno a la prevalencia de la sintomatología psicótica en niños y adolescentes, se sabe que ésta aumenta significativamente en la adolescencia. En países nórdicos se ha reportado una prevalencia menor al 1% en los adolescentes. Sin embargo, 5% de quienes cursan con esquizofrenia la iniciaron antes de los 16 años y 20% la inició antes de los 20 años. La sintomatología psicótica es más frecuente en hombres.

Presentación clínica

Dado que el contenido de las creencias anormales y de las percepciones está influido por el nivel del desarrollo de cada sujeto, los contenidos relacionados con la imagen corporal, las deformaciones, la existencia y las relaciones interpersonales son frecuentes en adolescentes; en niños o adolescentes más jóvenes, los contenidos se pueden relacionar con fantasmas, monstruos, películas y héroes de televisión.

¿Existe un cuadro prodrómico previo?

Si bien algunos adolescentes tienen antecedentes de conductas extrañas, de una excesiva sensibilidad o de un pensamiento mágico sin otros síntomas psicóticos, muchos no presentan ningún tipo de manifestación prodrómica. En sujetos de alto riesgo (hijos de padres esquizofrénicos) estas conductas prodrómicas deben alertar al clínico para que mantenga una vigilancia estrecha antes que recomendar un uso profiláctico de medicamentos.

Establecimiento diagnóstico

Se debe utilizar una entrevista semiestructurada que permita explorar en forma detallada las manifestaciones del fenómeno psicótico y disminuya la variabilidad. En muchas ocasiones es importante consultar en la evaluación diagnóstica al maestro y a los compañeros u otros familiares, como los hermanos. En estos pacientes no deberá obviarse el examen físico y es indispensable realizar un examen neurológico completo. También debe tenerse en consideración la posibilidad de un fenómeno psicótico secundario al consumo de sustancias en este grupo de adolescentes. Un perfil EMIT positivo no relaciona de forma obligada el fenómeno psicótico con el consumo de sustancias, por lo que después de un periodo de contención del paciente deberá considerarse esta opción como posible.

Consentimiento para el tratamiento

Es indispensable contar con el consentimiento informado para el tratamiento por parte del adolescente y del padre. Asimismo, de acuerdo con el nivel de desarrollo cognoscitivo de la persona, deben explicarse el propósito del tratamiento, su naturaleza, los efectos colaterales y los riesgos. Por ejemplo, en Gales e Inglaterra el psiquiatra puede implementar legalmente un tratamiento antipsicótico, incluso en contra de la opinión de los padres; aun así, es necesario tratar de convencer a todos los involucrados por medio de la psicoeducación.

Implementación del tratamiento

Sea en la casa o en el hospital, el escenario terapéutico debe proveer los elementos de seguridad que requiera el adolescente. Cuando exista un riesgo evidente de que el paciente se haga daño o dañe a otros, deberá hospitalizarse y, en la medida de lo posible, siempre se buscará un hospital especializado en población adolescente. La intervención incluye farmacoterapia e intervenciones psicosociales. La evidencia de tratamientos efectivos en esta población es limitada y se basa en datos de adultos. Sin embargo, considerando los graves efectos colaterales de los antipsicóticos típicos, deberán utilizarse alternativas atípicas a fin de que los efectos colaterales de estos últimos se evalúen para cada paciente, como puede ser el aumento

de peso. Las dosis deben ser las mínimas necesarias (p. ej., Risperidona 3 mgs/día u Olanzapina 10 mgs/día. Como no es posible determinar la eficacia de estos medicamentos antes de entre seis y ocho semanas, deberá advertirse a la familia y al paciente del tiempo de evaluación de la respuesta. Si un individuo no responde a dos intervenciones farmacológicas por tiempo y dosis suficientes, se deberá replantear el diagnóstico. En la fase aguda del tratamiento probablemente sea necesario utilizar benzodicepinas para disminuir las conductas agresivas. Se recomienda que, una vez establecida la respuesta al tratamiento farmacológico, ésta se mantenga de 12 a 24 meses. El tratamiento psicosocial requerirá un programa de psicoeducación para el paciente y su familia. En éste se deberá hablar sobre la vida académica, social, familiar y vocacional del paciente; asimismo, el desarrollo de habilidades sociales y estrategias cognoscitivas forma parte de las intervenciones psicosociales. Se ha podido demostrar que las intervenciones familiares disminuyen el número de recaídas y, aunque al parecer las familias de adolescentes psicóticos expresan menos emoción que las de los adultos psicóticos, es importante educar sobre este punto. En muchos casos debe trabajarse el duelo por la enfermedad en el paciente y en la familia. Por último, el psiquiatra debe buscar todos los recursos, sean académicos, laborales, familiares, legales, etc., que permitan el mejor desarrollo integral del adolescente.

Pronóstico

El pronóstico de los pacientes con esquizofrenia de inicio temprano es reservado y con episodios recurrentes; los pacientes con trastornos afectivos con síntomas psicóticos parecen tener mejor pronóstico. Son pocos los adolescentes que presentan un episodio psicótico único, salvo cuando éste está mediado por un agente específico. La participación de la familia y la toma disciplinada de medicamentos son decisivos en el pronóstico.

Conclusiones

Aunque el inicio temprano de la esquizofrenia es raro, establecer un diagnóstico puede resultar complicado y su tratamiento difícil; la recurrencia de episodios psicóticos es más frecuente que la de los episodios únicos. Se requiere la participación activa del adolescente, la familia y otras personas cercanas como maestros, para lograr un mejor pronóstico de la enfermedad.

(Lino Palacios, Francisco de la Peña)

Bibliografía

CLARCK AF: Proposed treatment for adolescent psychosis. 1: Schizophrenia and schizophrenia-like psychoses. *Adv Psychiatry Treat*, 7:16-23, 2001.

Pseudoalucinaciones (PDA)

■ El término PDA es un concepto en desuso, fundamentalmente por falta de consenso en torno a su definición operacional. Así se han descrito diversas condiciones para aplicar el término PDA: 1. Trastorno sensorial sin vividez sensorial; 2. alucinación con prueba de realidad conservada e *insight*, y 3. alucinaciones aisladas sin otra psicopatología y que no encaje en ninguna categoría diagnóstica. El concepto PDA fue introducido en 1868 por Hagen en su escrito *Zur Theorie der Halluzinationen*, y elaborado por Kandinsky en 1885 para distinguir fenómenos preceptuales en síndromes psicóticos de otros cuadros clínicos. Goldstein y Jaspers propusieron que el término PDA se justifica sólo cuando está intacta la prueba de realidad. Para Jaspers, la posibilidad de discriminar las PDA de las alucinaciones es sólo cuestión de vividez sensorial, y agrega “cuando se toman representaciones normales y se les suman más y más características de la percepción, independientes de la volición, claras y detalladas pero sin corporabilidad, estamos hablando de pseudoalucinaciones”. Jaspers señala además que las PDA son independientes de la voluntad. Se ha propuesto que las PDA sean de dos tipos: percibidas (alucinaciones con *insight*) e imaginadas (imaginación con vividez interna). Por último, Sedman sugirió que las PDA se asocian a personalidades inestables.

El *Present State Examination* (PSE) define la PDA como voces provenientes de la mente que no se generan en el mundo exterior. El SCAN señala que las PDA pueden ser alucinaciones internas “Voces o imágenes internas que son tan concretas y vívidas como las alucinaciones, no son evocables o modificables y pueden o no tener *insight*”. El CIDI no incluye el término PDA en sus categorías. En su texto clásico, Kaplan y Sadok aluden a las PDA como un tipo de trastorno perceptual que prefieren denominar como alucinación parcial. Actualmente, el mayor estudio se sigue en relación con las PDA asociadas a algún tipo de privación sensorial, como en el caso de invidentes o sordomudos, o en fenómenos relacionados con la epilepsia y la migraña.

Diferenciación de las PDA de otros síntomas psicopatológicos

Al parecer, las PDA cuentan con dos cualidades: 1. Se experimentan en la mente con o sin vividez sensorial y 2. se consideran alucinaciones que mantienen la prueba de realidad. Las alucinaciones, por su parte, se integran con base en tres características fundamentales: 1. Ocurren en ausencia de un estímulo sensorial correspondiente, 2. son involuntarias y 3. son consideradas reales por quien las padece. Desde una perspectiva fenomenológica, las alucinaciones no se pueden diferenciar de la realidad. De la población general, entre 10 y 25% experimenta alucinaciones auditivas o visuales en alguna ocasión en su vida. Las alucinaciones hipnagógicas e hipnapópticas parecen seguir un patrón familiar, mientras que las auditivas parecen estar relacionadas con situaciones de duelo; por

consiguiente, las alteraciones alucinatorias no deben ser un signo de psicopatología *per se*. Asimismo, existen condiciones, como el consumo de alcohol o sustancias, que pueden producir alteraciones alucinatorias que en este caso sí son psicopatológicas. Se estima que 75% de los pacientes con esquizofrenia experimentarán alucinaciones, de las cuales las más frecuentes son las auditivas.

Existen parámetros que deben considerarse para diferenciar las alucinaciones de las PDA. Así, la localización interna del fenómeno no diferencia entre PDA y alucinaciones, el carácter “como si algo” sucediera en la cabeza (rompimiento, confusión) tampoco diferencia PDA de alucinaciones y las alucinaciones con una prueba de realidad conservada son PDA por definición. (El síndrome de Charles Bonnet se caracteriza por fenómenos alucinatorios en una persona con un buen funcionamiento). En el DSM-IV, el término PDA sólo se menciona al describir las conversiones. Para diferenciar las PDA de las ilusiones se debe tener en cuenta que las ilusiones sí presentan un elemento externo real que modifican los órganos sensoriales.

En ocasiones es prácticamente imposible diferenciar las PDA de las imagerías obsesivas, pues la imagería, a diferencia de las PDA, se puede controlar a voluntad. De igual manera, puede resultar difícil diferenciar las PDA de las reexperiencias, ya que éstas se definen como recuerdos recurrentes que pueden consistir en percepciones, alucinaciones, imaginaciones, pensamientos, sueños o *flashbacks*. Todos éstos son comunes en los fenómenos postraumáticos, así como en los fenómenos disociativos y algunas secuelas del consumo de sustancias. Las PDA no se pueden diferenciar con claridad de distorsiones preceptuales que ocurren en la patología disociativa, fundamentalmente en el trastorno disociativo de la identidad, pues en este grupo de personas tales experiencias están relacionadas con episodios amnésicos, despersonalización, fragmentación de la identidad y una elevada capacidad de ser hipnotizado.

A manera de conclusión, se puede decir que, aunque las PDA constituyen un constructo en desuso, su aplicación es práctica para una serie muy grande de fenómenos preceptuales que no encajan en la taxonomía tradicional, y que se caracterizan por no estar necesariamente dentro de un contexto psicopatológico, por conservar la prueba de realidad y por la vividez de la experiencia, que en poblaciones de niños y adolescentes pueden ser muy frecuentes. Por falta de estudios sistemáticos, resta saber la respuesta de las PDA a tratamientos antipsicóticos.

(Francisco de la Peña)

Bibliografía

VAN DER ZWAARD R, POLAK MA: Pseudohallucinations— a pseudoconcept? A review of the validity of the concept, related to associated symptomatology. *Compreh Psychiatry*, 42:42-50, 2001.
JASPERS K: *General Psychopathology* (translated, 1962, J Hoenig y M Hamilton). Manchers University Press, Manchester, 1913/1962.
SEDMAN G: Inner voices: phenomenological and clinical aspects. *Br J Psychiatry*, 112:485-490, 1966.

Evaluación dimensional de la personalidad en pacientes con trastornos de la alimentación

■ En estudios anteriores se ha encontrado que la mayoría de los pacientes con trastorno de alimentación cumple criterios dentro de alguno de los tipos de trastorno de la personalidad. Se ha observado que éstos tienen gran importancia, cumplen un papel significativo en la etiología e influyen en el desarrollo del trastorno de alimentación en forma específica. Aunque en intentos tempranos de clasificación de la personalidad, los individuos con trastorno de la alimentación se categorizaron dentro de los “históricos”, “obsesivos” o mixtos (“históricos-obsesivos”), últimamente los investigadores clínicos han examinado la distribución de los trastornos de personalidad del DSM-IV mediante entrevistas estructuradas. Algunos investigadores han usado métodos dimensionales para definir características predominantes de la personalidad y así han encontrado –en pacientes con anorexia– rigidez y sobrecontrol, y compulsividad y perfeccionismo, mientras que –en los bulímicos– han detectado afecto lábil, baja tolerancia a la frustración e impulsividad. De este modo, el interés por conocer la dimensión de la patología de la personalidad para determinar su influencia dentro de los trastornos de alimentación llevó a la elaboración del método Valoración Dimensional de la Patología de la Personalidad (VDPP).

Para los resultados de este artículo, se examinó la presencia de trastornos de personalidad en pacientes con trastorno alimentario aplicando el método dimensional. Las pacientes evaluadas (n=136) cumplieron criterios del DSM-IV para trastorno de alimentación y se compararon con un grupo control de la población general de la misma edad (n=68). De las pacientes con trastorno de alimentación, 13% cumplió criterios de anorexia restrictiva, 14.7% de anorexia purgativa, 62% de bulimia nervosa y 11% para el tipo especificado. Se emplearon un análisis de factor y un análisis de grupo para establecer tres grupos de pacientes. El primer grupo (49.3% de la muestra) tenía alta puntuación y denotaba compulsividad y dificultades interpersonales; el segundo (18.4% de la muestra) presentaba psicopatía, neuroticismo e impulsividad, y pareció constituir el grupo de psicopatología límite; por último, el tercer grupo (32.4%) se caracterizó por pocas diferencias en patología de la personalidad en comparación con la población normal. Junto con la evidencia de que la patología de la personalidad surte un efecto directo sobre la respuesta al tratamiento de pacientes con trastorno de la alimentación, se podría sugerir que la clasificación de la personalidad establecería la pauta del plan de manejo y mejoraría la habilidad de los clínicos para intervenciones específicas.

(Luis Vargas)

Bibliografía

GOLDER EM y cols.: Dimensional assessment of personality pathology in patients with eating disorders. *Psychiatry Research*, 85(2):151-159, 1999.

Efectividad del divalproato de sodio en el trastorno límite de la personalidad (TLP)

■ En el presente artículo se hace una revisión entre el tratamiento con divalproato de sodio y el placebo. Para ello se tomaron en cuenta los siguientes antecedentes: Se sabe que el trastorno límite de la personalidad se distingue por inestabilidad afectiva, impulsividad y agresividad, características asociadas a una elevada tasa de morbilidad y mortalidad. La experiencia indica que los medicamentos anticonvulsivantes pueden ser de gran utilidad para controlar los impulsos que caracterizan a las pacientes con trastorno límite de la personalidad y que generan gran parte de las conductas más perjudiciales para ellas. Tomando en cuenta este antecedente, surgió el interés de comparar el efecto de uno de los medicamentos anticonvulsivantes más utilizados en la práctica diaria, el divalproato de sodio, para compararlo con un placebo en pacientes que presentan dicho diagnóstico.

Para lo anterior, se realizó un estudio doble-ciego paralelo de diez semanas de duración, donde a 16 pacientes externas, que cumplieran criterios de trastorno límite de la personalidad de acuerdo con la Entrevista Clínica Estructurada de trastornos de la personalidad para el DSM-IV, se les asignó al azar a recibir el placebo o el divalproato de sodio. La distribución quedó en cuatro pacientes que recibieron el placebo y 12 que recibieron el divalproato de sodio.

La gravedad general de los síntomas, el funcionamiento y síntomas específicos como depresión, agresividad, irritabilidad e ideación suicida, se emplearon como parámetros para evaluar los cambios producidos por el medicamento.

Se utilizaron como instrumentos de medición la Escala Clínica Global de Impresión-Mejoría y la Escala de Evaluación de la Actividad Global.

En ambas escalas de medición, se encontró una mejoría significativa de la medición basal, posterior a la administración del divalproato sódico. Sin embargo, uno de los problemas encontrados fue una alta tasa de deserción durante la prueba antes de establecer diferencias significativas entre los grupos de tratamiento; con todo, fue posible observar que los resultados encontrados mostraban tendencias en la dirección prevista.

Este estudio provee datos preliminares que sugieren que el divalproato de sodio se tolera bien y que puede ser más

efectivo que el placebo en el tratamiento de la severidad general y algunos síntomas generales del trastorno límite de la personalidad. Sin embargo, se reconoce que la confiabilidad del presente estudio es limitada por el tamaño de la muestra utilizada y por la alta incidencia de deserción. Pese a todo, los autores consideran que los hallazgos referidos en el presente artículo son más sólidos en comparación con otros estudios realizados previamente para evaluar el uso de medicamentos anticonvulsivantes para el TLP.

Por último, es importante mencionar que, a diferencia de otros estudios, no hubo mejoría en la agresividad. A pesar de que los hallazgos se inclinaron en la dirección esperada, debemos considerar que el tamaño de la muestra, la alta variabilidad de las mediciones, el desequilibrio entre

el número de pacientes de ambos grupos y la deserción existente entre el grupo tratado con el divalproato lleva a los autores a sugerir la necesidad de realizar estudios controlados con muestras mayores de pacientes para poder comprobar los hallazgos del presente estudio.

(Claudia Becerra)

Bibliografía

HOLLANDER E, ALLEN A, PRIETO R y cols.: A preliminary double-blind, placebo-controlled trial of Divalproex Sodium in borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*, 62:3-8, 2001.

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

	<i>Nacional</i>	<i>Extranjero*</i>
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, Mario Aranda Marqués y
Elizabeth Cisneros.

