



INSTITUTO NACIONAL  
DE PSIQUIATRÍA  
RAMON DE LA FUENTE

# Información

## Clínica

Volumen 12

Número 10

Octubre del 2001

## El estado actual del conocimiento de la esquizofrenia en los niños y los adolescentes

### Introducción

La esquizofrenia es un trastorno del neurodesarrollo asociado al deterioro cognoscitivo, afectivo, y del funcionamiento social. En los niños se conoce como esquizofrenia de inicio temprano cuando se presenta antes de los 18 años, y esquizofrenia de inicio muy temprano cuando se presenta antes de los 13 años. En el diagnóstico se usan los mismos criterios que en los adultos. Los síntomas psicóticos incluyen: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, conducta catatónica o desorganizada y síntomas negativos; afecto aplanado, bloqueo del pensamiento o pausas al hablar. El funcionamiento interpersonal, académico, familiar u ocupacional se encuentra notablemente deteriorado, en comparación con el que tenían antes del inicio del padecimiento; los síntomas deben estar presentes por lo menos durante un periodo de 6 meses.

### Epidemiología

La prevalencia no se ha estudiado adecuadamente, pero se sugiere que antes de los 13 años es rara. En la bibliografía sólo se han reportado 2 casos a la edad de 3 y 5 años. El primer episodio se presenta, frecuentemente, entre los 15 y los 30 años, y éstos aumentan durante la adolescencia. Aunque su inicio en la pubertad está asociado con alteraciones neurobiológicas, ésta no se ha relacionado con el principio de la psicosis. En los varones aparece en una relación de 2:1, y empieza 5 años antes que en las mujeres.

### Presentación clínica

Antes de los 13 años su inicio es insidioso: en los adolescentes tempranos puede pasar desapercibido, ser agudo o comenzar de manera insidiosa. Se han estudiado diversas alteraciones que afectan el proceso de maduración del sistema nervioso. Las complicaciones perinatales, las alteraciones en la estructura cerebral, las anomalías físicas menores, y las alteraciones del desarrollo neural prenatal, especialmente durante el segundo trimestre del embarazo, se han correlacionado con la

esquizofrenia del adulto. Los niños que genéticamente tienen riesgo de presentar psicosis pueden presentar defectos en la integración neurológica, éstos pueden ser las manifestaciones tempranas neuropatológicas del trastorno. El 90% reporta estas alteraciones, especialmente el trastorno que empieza a muy temprana edad. Otras dificultades premórbidas incluyen: aislamiento social, conducta disruptiva, problemas académicos, dificultades para hablar y de lenguaje, y retardo del desarrollo. Los síntomas se dividen en dos grupos: positivos y negativos. Los primeros se refieren a las manifestaciones floridas de las alucinaciones, los delirios y los trastornos del pensamiento. Los síntomas negativos se caracterizan por afecto aplanado, anergia, y pensamiento o lenguaje pausado. La conducta desorganizada puede indicar un tercer grupo, que podría incluir lenguaje desorganizado, conducta extraña y falta de atención. En los adolescentes, los síntomas positivos predominan sobre los negativos. Las dificultades del desarrollo del lenguaje y de la cognición pueden impedir la identificación de los síntomas. Los diferentes subtipos de esquizofrenia se encuentran en el DSM-IV y en el ICD 10; incluyen la paranoide, la desorganizada, la catatónica, la indiferenciada y la residual. La esquizofrenia indiferenciada es la más frecuente. Por lo menos del 10 al 20% de los niños con este diagnóstico tienen un CI en el límite o por debajo del normal. La proporción es baja debido a que en los estudios se ha excluido a los pacientes con retardo mental. El CI bajo no es específico de la esquizofrenia de inicio temprano pero sí se considera como un riesgo de presentar psicopatología y psicosis. Los estudios neuropsicológicos sugieren que los niños con esta enfermedad no tienen capacidad suficiente para procesar información. Las anor-

## Contenido

<b>El estado actual del conocimiento de la esquizofrenia en los niños y los adolescentes</b>	<b>55</b>
<b>Análisis del costo-beneficio de los nuevos y los viejos antidepresivos</b>	<b>57</b>
<b>La depresión en los adolescentes y su relación con los trastornos de personalidad</b>	<b>58</b>
<b>Autismo y retraso mental</b>	<b>59</b>

malidades neurobiológicas han sido ampliamente estudiadas con la neuroimagen. Al igual que en los adultos, se ha encontrado disminución del volumen cerebral total, incremento en tamaño ventricular progresivo, disminución del volumen de la materia gris en las regiones frontotemporales, y disfunción del lóbulo frontal. No hay evidencia de que los factores psicosociales causen esquizofrenia. Los factores ambientales interactúan con los factores biológicos para mediar en el inicio, el curso y la severidad del trastorno. Los estresores psicosociales y la emoción expresada en el núcleo familiar influyen sobre el inicio o la exacerbación de los síntomas. La interacción entre los factores psicológicos y sociales, relacionados con el trastorno, son complejos y bidireccionales. En estos pacientes se ha encontrado historia familiar del espectro de la esquizofrenia (personalidad esquizotípica, esquizoide o paranoide), así como historia familiar de trastornos afectivos. El trastorno se presenta por fases de gran variabilidad individual. La fase prodrómica se identifica con algún grado de deterioro funcional, aislamiento social o preocupaciones extrañas o idiosincráticas, disforia, ansiedad, molestias físicas, tales como alteraciones del apetito y del sueño, antes de que aparezcan los síntomas psicóticos. Esta etapa puede variar y expresarse en forma aguda o con deterioro crónico. En la fase aguda predominan los síntomas positivos y un deterioro funcional significativo que puede durar de uno a seis meses. La fase de recuperación se observa varios meses después de la fase aguda, durante la cual el paciente continúa deteriorándose. La fase residual también pudiera prolongarse, sobre todo cuando los síntomas positivos no son significativos y continúan los síntomas negativos. Los enfermos crónicos son los más deteriorados, y requieren de mayores recursos terapéuticos. Después de varios años de evolución, los síntomas positivos de la esquizofrenia tienden a desaparecer dejando un estado residual en el que predominan los síntomas negativos. La recuperación después del tratamiento es incompleta en el 80% de los casos, en los cuales el paciente puede sufrir uno o más episodios psicóticos. En una grupo de 44 pacientes, Eggers y Bunk (1997) encontraron en un periodo de 42 años, que en 25% hubo remisión completa, en 25% remisión parcial, y en 50% deterioro crónico. Estos hallazgos fueron congruentes con los de los adultos. En conclusión, el inicio es insidioso, el curso es crónico y con resultados menos favorables. El suicidio y la muerte accidental por la conducta psicótica es del 5%, aunque el número de estudios es realmente pequeño. En los adultos este riesgo aumenta a 10%.

## Evaluación

Hay ciertas características clínicas en los niños y los adolescentes que causan confusión. El diagnóstico erróneo de esquizofrenia en los jóvenes es un problema significativo. La mayoría de los pacientes que se envían a especialistas en esquizofrenia, no tienen este trastorno sino trastornos del desarrollo, humor lábil y síntomas psicóticos subclínicos. La confusión en el diagnóstico surge por la rareza del trastorno y por la falta de familiaridad con su presentación clínica. La presentación de los síntomas de la esquizofrenia, y del trastorno afectivo psicótico coinciden especialmente al principio. Muchos de los niños que tienen alucinaciones no son esquizofrénicos, y muchos tampoco tienen psicosis. La distinción entre el trastorno del pensamiento del esquizofrénico y el trastorno del desarrollo puede ser difícil. La mayoría de los niños con esquizofrenia tienen anomalías del desarrollo y personalidad premórbida, que son necesarios pero no suficientes para hacer el diagnóstico. La mayoría de los niños con retardo en el desarrollo no padecerán esquizofrenia. Para hacer el diagnóstico se requiere que tengan síntomas psicóticos, pero deben diferenciarse de los pensamientos idiosincráticos, de

las percepciones causadas por el problema del desarrollo, y de la exposición a eventos vitales traumáticos o imaginarios.

## Diagnóstico diferencial

En la evaluación diagnóstica debe incluirse cualquier condición clínica con sintomatología similar. La discriminación entre varios trastornos es realmente difícil, especialmente en la fase inicial. En este caso es recomendable que se hagan evaluaciones psiquiátricas periódicas por un pediatra y un neurólogo. Los trastornos bipolares presentan síntomas afectivos y psicóticos. La depresión psicótica puede manifestarse con humor congruente o incongruente, con características psicóticas. Hay enfermedades físicas asociadas a trastornos neuropsiquiátricos: delirium, convulsiones, corea de Huntington, trastornos del desarrollo, encefalopatía tóxica por abuso de sustancias psicoactivas, metales pesados y medicamentos de prescripción, y enfermedades infecciosas tales como encefalitis, meningitis o síndromes relacionados con el SIDA. Los trastornos de conducta o emocionales no psicóticos frecuentemente son diagnosticados inapropiadamente como un trastorno psicótico primario. Los niños con personalidad limítrofe y los niños maltratados o con estrés postraumático pueden presentar ansiedad, pensamientos intrusivos, preocupaciones, desrealización o despersonalización, que fácilmente se confunden con una psicosis. El trastorno esquizoafectivo no está bien definido en los menores de edad. Los pacientes diagnosticados de acuerdo con los criterios del DSM IV pueden tener una forma particularmente perniciosa de enfermedad porque el diagnóstico requiere cumplir con los criterios de los trastornos afectivos y de la esquizofrenia. Un estudio de Eggers (1989) encontró que 28% de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia tenían trastorno esquizoafectivo. El autismo se distingue de la esquizofrenia por la naturaleza transitoria de los síntomas psicóticos y la predominancia de los problemas del lenguaje, con comunicación social aberrante y otros síntomas clave que caracterizan estos trastornos. Los niños con trastorno obsesivo-compulsivo sufren de pensamientos intrusivos y conductas repetitivas rituales, que dificultan la diferenciación de la psicosis. Generalmente, estos pacientes reconocen que sus síntomas son irracionales y son originados por sus propios pensamientos. Por el contrario, los síntomas psicóticos se perciben como fenómenos que ocurren independientemente de sus procesos cognoscitivos. Por otro lado, los esquizofrénicos presentan síntomas obsesivo-compulsivos significativos. Los trastornos del lenguaje fácilmente se pueden confundir con desorganización del pensamiento. Estos niños deben tener los prerrequisitos de síntomas psicóticos. Otros padecimientos que necesitan ser diferenciados son los trastornos de personalidad esquizotípica, esquizoide y otras psicosis tales como el trastorno delirante y el trastorno esquizofreniforme.

## Tratamiento

En la actualidad hay pocos ensayos clínicos controlados que determinen la eficacia y seguridad de diferentes psicofármacos en los niños con esquizofrenia. Los estudios disponibles, los reportes de casos y la experiencia clínica sugieren que el patrón de respuesta farmacológica es similar a la de los adultos. La resistencia a la respuesta farmacológica en los adultos está asociada al inicio temprano de la esquizofrenia, por lo que los niños con este trastorno tienen pocas probabilidades de responder adecuadamente a los antipsicóticos. Los neurolepticos que más se usan en niños han sido el haloperidol y la tioridazina. La llegada de nuevos antipsicóticos: clozapina, risperidona, olanzapina y

quetiapina, han permitido avanzar en la farmacoterapia de la esquizofrenia. En cambio, los antipsicóticos tradicionales tienen propiedades antipsicóticas y efectos extrapiramidales. Los antipsicóticos atípicos son efectivos en los síntomas positivos y, posiblemente, más efectivos en los síntomas negativos. El tratamiento para la esquizofrenia infantil varía según la fase de la enfermedad, la historia previa de medicación y los efectos secundarios. La elección del psicofármaco debe basarse en su potencia antipsicótica, sus efectos secundarios y la respuesta terapéutica anterior del paciente. Los antipsicóticos de depósito no han sido estudiados en los niños por los riesgos que implica la exposición prolongada del neuroléptico con efectos secundarios. Para la fase aguda de la enfermedad puede implementarse terapia antipsicótica a dosis adecuadas por un periodo de 4 a 6 semanas. Si los síntomas persisten durante la fase de recuperación que ocurre entre las 4 y las 12 semanas, debe mantenerse la medicación entre 6 y 12 meses después de la fase aguda. Es recomendable disminuirla gradualmente para reducir los efectos secundarios, especialmente cuando se manejaron dosis elevadas en la fase aguda. En la fase de recuperación o residual, la terapia antipsicótica es efectiva para la prevención de recaídas. Para los pocos que no responden a la medicación antipsicótica tradicional, los agentes atípicos pueden ser más efectivos, aunque actualmente la clozapina es el único fármaco que ha demostrado su superioridad. Debido a los efectos secundarios de este fármaco, generalmente se usa en los casos resistentes. Los efectos secundarios más importantes de los antipsicóticos convencionales (haloperidol, tioridazina y clorpromazina) son los neurológicos: distonía, parkinsonismo y akatisia; diskinesia y distonía tardía. Otro efecto no muy frecuente es el síndrome neuroléptico maligno. Los efectos cognoscitivos pueden presentarse con antipsicóticos de gran actividad anticolinérgica. Otros efectos frecuentes son la sedación, la hipotensión ortostática, el aumento de peso, la disfunción sexual y la hiperprolactinemia. Se han considerado otros efectos indeseables, por lo que, especialmente con la clozapina, es necesario supervisar estrictamente dos efectos: las crisis convulsivas y la agranulocitosis, por lo que es conveniente practicar un monitoreo médico extenso antes y durante el tratamiento. Las terapias psicosociales están enfocadas a mejorar el funcionamiento premórbido y a promover el desarrollo de habilidades apropiadas para la edad del paciente. La terapia electroconvulsiva ha resultado efectiva en los pacientes esquizofrénicos adultos durante la fase aguda de la enfermedad, pero la TEC con antipsicóticos ha resultado más efectiva. Está indicada en los pacientes que no responden o en aquellos que no toleran los antipsicóticos. No hay suficiente información sobre este procedimiento en los niños, pero puede usarse en los que no responden o no toleran la medicación, cuando haya contraindicación médica por embarazo, y en los casos de esquizofrenia catatónica. El clínico debe considerar los riesgos y beneficios de la TEC contra la morbilidad del trastorno, las actitudes del paciente y la familia y la disponibilidad de otras opciones de tratamiento.

## Conclusiones

La información presentada en este trabajo proporciona diversas estrategias para la evaluación y el manejo de la esquizofrenia en los niños y los adolescentes. La revisión se basa en el análisis de la bibliografía científica y en los consensos clínicos relevantes que describen los abordajes generalmente aceptados para evaluar y tratar el trastorno específico. Las características clínicas del problema son similares a las de los adultos, y son más frecuentes en

los varones con alteraciones premórbidas del neurodesarrollo. En el diagnóstico diferencial se incluyen múltiples patologías psiquiátricas y del neurodesarrollo. El tratamiento de primera elección son los antipsicóticos con apoyo psicoterapéutico, psicoeducación y programas sociales. Estos parámetros no intentan definir un estándar de manejo, ni incluir sus propios métodos; la última decisión se tomará en cada caso particular. Las referencias son escasas, la validación de los hallazgos reportados son cuestionables por el diseño, la selección de la muestra y el tamaño; por la inclusión de grupos control, y por su reproducibilidad. Es necesario diseñar investigaciones en niños y adolescentes para conocer la eficacia y la seguridad de los medicamentos antipsicóticos a corto, mediano y largo plazo.

(Félix Higuera-Romero)

## Bibliografía

AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY: Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(7) (Supl):4S-23S, 2001.

# Análisis del costo-beneficio de los nuevos y los viejos antidepresivos

■ El interés fundamental de desarrollar una investigación sobre el costo-beneficio de los nuevos y los viejos antidepresivos surgió de los limitados recursos económicos para el cuidado de la salud y las restricciones de los presupuestos. Las evaluaciones sociofarmacoeconómicas tratan de responder a la pregunta de si los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) son iguales o más económicos que los antidepresivos tricíclicos (ADT), o bien ofrecen ventajas en su seguridad y el apego al tratamiento. El tratamiento diario de un ADT (amitriptilina) es aproximadamente cinco veces más caro que el de un ISRS diario (venlafaxina). Sin embargo, se considera que los ISRS no son más efectivos que los ADT, por lo que no se justifica que cuesten más. Los argumentos por los que se prefieren los ISRS a los ADT son los siguientes: 1. El tratamiento es más corto debido a que los ISRS son mejor tolerados; 2. Los ISRS son menos tóxicos y producen un menor riesgo de suicidio; 3. Los ISRS tienen menos efectos cognoscitivos y 4. Los ISRS permiten una mejor calidad de vida por tener menos efectos colaterales.

Las diferentes categorías que se distinguen al calcular el efecto en el costo de las enfermedades son:

1. Costo directo: el tratamiento en la consulta externa, la hospitalización, la rehabilitación y el autotratamiento.
2. Costo indirecto: la morbilidad, la incapacidad y la mortalidad (pérdida de la productividad, pérdida del

tiempo libre, el costo para los cuidadores y el tiempo invertido en el tratamiento externo).

3. Costo psicosocial: las restricciones en la calidad de vida del paciente y de los cuidadores (familiares).

Hay cinco tipos de estudios farmacoeconómicos:

1. Análisis costo-beneficio: compara el costo del tratamiento con el ahorro financiero que resulta del mismo.

2. Análisis costo-efectividad: compara el costo financiero del tratamiento con los beneficios clínicos.

3. Análisis costo-utilidad: compara el costo financiero del tratamiento con la calidad de vida ajustada en años.

4. Análisis costo-minimización: compara las alternativas igualmente eficaces con el fin de encontrar la más económica.

5. Análisis costo de la enfermedad: sólo analiza el costo de la enfermedad.

Los estudios farmacoeconómicos de los tratamientos con antidepresivos

Los diferentes estudios que abarcan esta área tienen muchas limitantes metodológicas que se deben fundamentalmente a los análisis retrospectivos de los estudios anteriores o a la incorporación de medidas vagas como índices de recaída o de abandono del tratamiento. Hasta ahora sólo hay dos estudios prospectivos farmacoeconómicos sobre el tratamiento con antidepresivos. En los últimos seis años los siguientes han sido algunos de los resultados más importantes. 1. La paroxetina cuesta menos que la imipramina (a 3 y 6 meses). 2. La fluoxetina puede disminuir el costo del tratamiento, dependiendo del tipo de depresión. 3. La venlafaxina tiende a ser más económica que los ADT para las personas deprimida que están hospitalizadas. 4. El citalopram es más barato que los ADT cuando se toma durante un año. 5. La sertralina es 21% más económica que la amitriptilina, la nortriptilina y la desipramina. 6. La nefazodona es 14% más económica que la imipramina cuando se toma durante un año. 7. El meta-análisis no comprueba que el tratamiento con ISRS sea más económico que con ADT, sino sólo que 3% menos de pacientes lo abandona. 8. La sertralina es 2.3% más económica que la amitriptilina cuando se toma durante un año. 9. Para los pacientes hospitalizados, la venlafaxina es 11% más económica que la fluoxetina. 10. La imipramina cuesta menos que la nefazodona y la fluoxetina, sin embargo, ambas permiten una mejor calidad de vida que la imipramina. 11. La imipramina y la paroxetina tienen costos similares. 12. Los costos directos de la fluoxetina son similares a los ADT. 12. La sertralina cuesta menos que la fluoxetina. 13. La fluoxetina tienen un menor costo directo que los ADT, sin embargo, el efecto de la sertralina y de la paroxetina son iguales al de los ADT. 14. Se debe cambiar más de medicamento con la amitriptilina y con la nortriptilina en un año, que con la fluoxetina, que además cuesta menos que ambas. 15. El costo directo de la mirtazapina es menor que el de la amitriptilina y el de la fluoxetina, sin embargo, los costos indirectos de la mirtazapina y de la fluoxetina son iguales.

Los ISRS resultan menos caros porque los pacientes los

toleran mejor, lo que evita que abandonen el tratamiento, además de tener menos gastos asociados. Los ISRS también son más económicos porque aunque cuesten más, su precio se compensa con mayores índices de éxito terapéutico, menos tiempo sin trabajar y menos casos de intoxicación.

Parece que hay evidencias de que se obtiene una mejor respuesta cuando se combina la farmacoterapia con la psicoterapia interpersonal.

En conclusión, aunque los ISRS cuesten más, el tiempo real de tratamiento se reduce y se deja de trabajar menos tiempo; tienen menos efectos colaterales, con lo que se logra un mayor apego al tratamiento y se gasta menos en estudios complementarios, como los que se requieren con los ADT. Además, las dosis subterapéuticas con los ADT vuelven crónicos los padecimientos causando, a la larga, mayores gastos. Con los ADT la tasa de abandono es alrededor de 10% más que con los ISRS. Aunque la información disponible no indique que los ISRS deban preferirse por ser más baratos que los ADT, la realidad es que el costo total de la enfermedad es menor cuando se trata con ISRS. Además de que parece ser que los ISRS sí permiten una mejor calidad de vida y un mejor apego al tratamiento. Pero habrá que analizar específicamente las muestras de niños, adolescentes y ancianos, ya que los ADT no funcionan en ellos de la misma manera que en los adultos.

(Francisco de la Peña)

### **Bibliografía**

LAUX G: Cost-benefit analysis of newer versus older antidepressants. *Pharmacopsychiatry*, 34:1-5, 2001.

## **La depresión en los adolescentes y su relación con los trastornos de personalidad**

■ El trastorno depresivo mayor (TDM) es una enfermedad crónica con síntomas severos, que genera deterioro persistente en el funcionamiento psicosocial, lo que se refleja en alteraciones crónicas, como los trastornos de la personalidad.

Hay diversas situaciones depresivas que se relacionan con algunos rasgos de la disfunción de la personalidad (dependencia, neuroticismo e introversión). Algunos estudios prospectivos han demostrado que el TDM en los adolescentes se relaciona con un persistente funcionamiento mal adaptativo en la vida adulta temprana. Hasta ahora solamente se había identificado la relación que hay entre el TDM y el incremento del riesgo asociado a la comorbilidad con los distintos grupos de trastornos de personalidad, pero no se había hecho un análisis detallado de cada

trastorno de personalidad (TP). Incluso, los diagnósticos de comorbilidad con trastornos de ansiedad o con problemas disruptivos no habían sido estudiados detalladamente en cuanto al riesgo de que aparezcan implicaciones psicopatológicas en el futuro.

Hay diferentes teorías relacionadas con la continuidad entre el TDM y los TP. Las disfunciones cognoscitivas, las relaciones interpersonales problemáticas y los déficits sociales se han vinculado a la génesis de esta relación. El estilo negativo de los pacientes, la falta de autoestima, su autoconciencia, su gran dependencia y su necesidad de aprobación, hacen pensar en la continuidad del TDM en los adolescentes con TP evitativo, dependiente e histriónico. El afrontamiento inefectivo, la irritabilidad y las dificultades interpersonales aumentan el riesgo de padecer TP pasivo-agresivo. Considerando que los trastornos disruptivos incluyen la falta de cumplimiento de las demandas sociales, la poca tolerancia a la frustración y la indiferencia a los derechos básicos de los demás, se esperaría que en estos adolescentes aumentara el TP antisocial, narcisista y esquizoide.

El estudio se desarrolló en el estado de Nueva York. Se seleccionaron de manera aleatoria 976 familias en 1975, y se hicieron tres seguimientos: uno en 1983, otro en 1985 y otro más en 1992. En la última fecha se evaluaron 714 sujetos. La proporción de hombres de bajo nivel socioeconómico fue mayor entre los que no se evaluaron en las tres fechas. Las evaluaciones de los niños y de los adolescentes las hicieron legos entrenados en el DISC. También se entrevistó a la madre o a algún familiar para hacer la codificación diagnóstica definitiva. Se utilizó el SCID II y el PDQ para evaluar la personalidad, y sólo se consideraba como TP cuando dos de las diferentes evaluaciones corroboraban los datos. También se evaluaron los posibles elementos confusores de riesgo, como: el estatus socioeconómico bajo, el maltrato en la infancia (abuso físico, sexual y negligencia), la desintegración familiar y los conflictos entre los padres.

La prevalencia del TDM durante 1983 y 1985 fue de 5.8%; la de los trastornos disruptivos de 11.8% y la de los trastornos de ansiedad de 11.3%. Un mayor número de mujeres presentó depresión y trastornos de ansiedad. Los adolescentes con TDM tenían 14 veces más riesgo de presentar TP dependiente, 10 veces más riesgo de presentar TP antisocial, 10 veces más riesgo de presentar TP pasivo-agresivo y 4 veces más riesgo de presentar TP histriónico. Cuando en el análisis de los datos se consideró de forma simultánea la comorbilidad con trastornos disruptivos y ansiosos, los riesgos se redujeron a 11, 5, 5 y 3, respectivamente para cada uno de los trastornos de personalidad ya mencionados. La comorbilidad con trastornos de ansiedad predispone el surgimiento de TP paranoide y obsesivo-compulsivo. Los posibles elementos confusores de riesgo del TP, como el nivel socioeconómico, los conflictos familiares y el maltrato en la infancia, no se asociaron significativamente con el riesgo de desarrollar TP.

La aparición del TDM aumenta significativamente el riesgo de presentar TP antisocial, histriónico, dependiente

y pasivo-agresivo, independientemente de la comorbilidad.

Los pacientes con TDM, incluso los que están en remisión, presentan elevados niveles de dependencia interpersonal, sumisión y búsqueda de atención, que son las características principales del TP dependiente y del histriónico. También se deterioran las relaciones y los vínculos sociales; las tendencias oposicionistas favorecen la argumentación, y la irritabilidad, e impiden que se hagan socialmente responsables, todo lo cual caracteriza al TP pasivo-agresivo. Las actitudes disfuncionales y el enfrentamiento inefectivo pueden ser manifestaciones residuales del TDM, y se vinculan con el TP antisocial. En contra de lo esperado, en este trabajo no se encontró que los trastornos de ansiedad aumentaran el riesgo de que se presente un el TP evitativo o dependiente.

Es posible que los adolescentes con TDM tengan problemas para asumir el desarrollo cognoscitivo, emocional y social propio de su edad; por consiguiente, disminuye el riesgo de que asuman un papel adecuado en la vida adulta. En conclusión, se puede decir que los adolescentes con TDM corren mucho riesgo de manifestar TP, por lo que su atención oportuna farmacológica y psicosocial es una inversión a corto y largo plazo para el funcionamiento interpersonal de estos pacientes.

(Francisco de la Peña, Félix Higuera,  
Elisa Domínguez y Lino Palacios)

### **Bibliografía**

KASEN S, COHEN P, SKODOL AE y cols: Childhood depression and adult personality disorder, *Arch Gen Psychiatry*, 58:231-236, 2001

## **Autismo y retraso mental**

■ Esta revisión examina la comorbilidad entre autismo y retraso mental, ya que tres cuartas partes de los sujetos autistas tienen retraso mental. Los niños con retraso mental severo y moderado presentan autismo en un 20% y un 5%, respectivamente. La prevalencia de autismo en los niños de 5 a 19 años con retraso mental es de 14.3%.

Al comparar a los sujetos autistas con o sin retraso mental, se observó que ambos grupos eran similares fenomenológicamente, sin embargo, se observaron diferencias en otros síntomas, como estereotipias y autoagresividad. Los sujetos con un CI más alto tuvieron mejor pronóstico, por lo que se sugiere que los factores genéticos pudieran contribuir en el nivel de funcionamiento de los pacientes autistas.

Cerca de tres cuartas partes de los niños autistas tienen un coeficiente intelectual por debajo de 70. Independientemente de su nivel de inteligencia, los sujetos autistas tienen mejor desempeño en el test de diseño de cubos, y mal desempeño en el test de arreglo de figuras de la Escala de Weschler. Sus puntuaciones en los tests de ejecución son más altas que en los tests verbales. Sin embargo, la

puntuación en los tests verbales se eleva cuando tienen un coeficiente intelectual más alto. Los estudios de genética indican que en el autismo se heredan más los déficits cognoscitivos y sociales que el síndrome en su totalidad. A pesar de la asociación entre autismo y retraso mental, no se ha podido establecer ninguna relación entre el fenotipo autista y el retraso mental, además de que no hay ninguna relación entre el retraso mental del paciente y el autismo de sus familiares de primer grado.

La comorbilidad del autismo con otros trastornos físicos es aproximadamente de 20%, los cuales, a su vez, se relacionan con el retraso mental. El síndrome de X frágil se presenta en 5% de los pacientes con autismo, observándose déficits similares en los tests de ejecución de los pacientes con ambos padecimientos; esto señala la importancia del papel que desempeña el cromosoma X. Sin embargo, los estudios de genética molecular no han demostrado que el cromosoma X participe en el autismo.

Sesenta por ciento de los pacientes con esclerosis tuberosa tienen autismo. Un estudio de electrofisiología comparó a los niños con esclerosis tuberosa, con o sin autismo, y encontró dificultades en el procesamiento auditivo del grupo autista. El número de tubérculos corticales se relaciona con el retraso mental y el autismo.

La causa más común de retraso mental es el Síndrome de Down, que ocurre en 1.5 de cada 1,000 niños nacidos vivos. Cerca del 7% de los niños con Síndrome de Down padecen de un trastorno del espectro autista. Se ha sugerido que los pacientes con Síndrome de Down con autismo

tienen antecedentes familiares de autismo, lo cual sugiere la participación de factores genéticos.

La incidencia de la parálisis cerebral en los niños autistas es mayor del esperado en la población general, pero menor en el grupo comparativo.

Se ha descrito que hay una asociación entre el autismo y las anomalías cromosómicas. Algunos informes señalan que los cromosomas 22 en anillo se relacionan con la dolicocefalia, la sindactilia y el autismo. Se ha demostrado una asociación entre la delección del cromosoma 2 y el autismo. En algunos estudios se ha tratado de relacionar el autismo con los cromosomas 15 q11-q13 y 7 y 13.

Se ha sugerido que los autistas que tienen un mejor funcionamiento están más predispuestos a presentar un trastorno psiquiátrico. No se sabe si los pacientes con autismo y retraso mental son más vulnerables a los efectos de los medicamentos psicotrópicos.

Se desconoce la naturaleza de la relación entre autismo y retraso mental, y se necesita hacer estudios sistemáticos para investigar los probables mecanismos genéticos o ambientales que participan en esta relación.

(Walfred Rueda M.)

## Bibliografía

GAZIYUDDIN M: Mental retardation and autism, *Current Opinión Psychiatry*, 13:481-484, 2000 .

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, Mario Aranda Marqués y  
Elizabeth Cisneros.

