



Relación entre patrones de apego y personalidad patológica en adolescentes

Antecedentes

Al parecer la teoría del apego ofrece diferentes elementos, tanto de riesgo como protectores, para el desarrollo de la psicopatología. Estas representaciones cognoscitivo-afectivas, descritas como modelos de trabajo interno, ayudan a organizar los afectos y la experiencia social y moldean no sólo las relaciones actuales sino las futuras relaciones interpersonales. El apego inicialmente descrito por Bowlby se ha estudiado por medio de la situación del extraño,* la cual ha podido categorizar esta conducta como segura o insegura. Dentro de las conductas inseguras se han descrito tres tipos: el evitativo, el ansioso/ambivalente y el desorganizado.

Existe la evaluación del apego en población adulta y se ha podido establecer la relación entre la organización del apego y la psicopatología, en especial con aquella que involucra el funcionamiento interpersonal y la regulación afectiva. Bowlby unía el apego inseguro con estilos depresivos y ansiosos. Al evaluar a los adolescentes que acuden a tratamiento, se observa que los hospitalizados tienen una mayor proporción de apego inseguro, además de presentar mayor abuso de drogas, de estar involucrados en actos criminales y de tener más historias de traumas no resueltos. El apego ambivalente/preocupado en adolescentes, se asocia más con la patología internalizada, conductas suicidas, agorafobia, problemas de conducta, ansiedad y rasgos distímicos de personalidad y menor resiliencia del Yo. El apego inseguro se ha asociado con problemas alimentarios en preadolescentes mujeres. Los adolescentes que durante su infancia manifestaron un apego desorganizado muestran los niveles más altos de psicopatología. Se ha observado que los autoinformes de apego inseguro se asocian más con informes sobre trastornos de personalidad (TP).

Método

Se utilizó un sistema de recolección de sujetos con base en los registros de la *American Psychiatric Association* y de la *American*

Psychology Association, la primera con una tasa de respuesta de 20% y la segunda de 40%, donde los clínicos debían responder los cuestionarios del paciente que más recientemente hubieran cumplido con los criterios de inclusión. Se envió un paquete de evaluación que incluyó diferentes valores del apego, en psicopatología y las variables demográficas.

Medidas de evaluación de la personalidad psicopatológica

Se estableció la evaluación tanto de forma categórica como dimensional, empleando un listado de síntomas de personalidad así como otros instrumentos como el SWAP-200-A.

Evaluación del apego

Se realizó con el cuestionario de relaciones que estableció tanto de forma categórica como dimensional, el tipo de apego de cada sujeto.

Se utilizaron también el *Child Behavioral Check List* (CBCL), así como un registro de datos demográficos.

El análisis estadístico incluyó medidas de correlación entre el CBCL y el tipo de apego. Las medidas de personalidad fueron transformadas de manera dimensional y se hizo una conversión a valores Z. De igual manera se hizo un análisis de Cluster para el SWAP-200-A en lugar de uno de factores.

Contenido

Relación entre patrones de apego y personalidad patológica en adolescentes	37
Temperamento, carácter y trastornos de la personalidad: etiología, diagnóstico y tratamiento	38
La esquizofrenia como un trastorno del neurodesarrollo. Primera parte	39
Historia personal de déficit de atención con hiperactividad en pacientes con trastorno limítrofe del carácter: un estudio controlado	40
Efectos agudos de la estimulación magnética transcraneal en el ánimo y en la hormona estimulante de la tiroides (TSH) en la depresión mayor	42

* La situación del extraño es un modelo de evaluación que permite al clínico establecer los parámetros básicos de la relación madre-hijo.

Resultados

Tanto en los análisis dimensionales como en los categóricos, el apego seguro se relacionó negativamente con la patología de personalidad y positivamente con un funcionamiento sano, mientras que el apego desorganizado se relacionó fuertemente con múltiples formas de patología de personalidad. El apego ansioso ambivalente tuvo la tendencia a asociarse con medidas de abandono, internalización e introversión. El apego evitativo no se asoció con ninguna forma de patología de personalidad.

Conclusiones

Existe una marcada asociación entre apego inseguro (no resuelto) y las formas más severas de psicopatología en adolescentes. Hay una estrecha relación entre el tipo de apego inseguro y la psicopatología a esta edad. Las implicaciones del apego tanto en el pasado como en el presente de los adolescentes, con la psicopatología de eje I y II deberá seguir en estudio.

(Francisco de la Peña)

Bibliografía

NAKASH-EISIKOVITS O y cols: Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(9):1111-1123, 2002.
BOWLBY J: Attachment and loss: Vol. 1, Attachment. New York: Basic Books, 1969.

Temperamento, carácter y trastornos de la personalidad: etiología, diagnóstico y tratamiento

■ Los trastornos de personalidad (TP) son comunes, con una prevalencia en la población general de 10-15% y en pacientes psiquiátricos de 50%. Se trata de trastornos crónicos que se inician en la adolescencia con un pico que se presenta alrededor de los 20 años, seguido de deterioro importante. Clínicamente estos trastornos son difíciles de tratar e interfieren con el tratamiento de otras condiciones psiquiátricas y médicas, incrementando la incapacidad, la morbilidad y la mortalidad. No existe hasta el momento una comprensión conceptual y etiológica sólida de los TP y por lo tanto no hay un consenso óptimo para su tratamiento.

Las clasificaciones oficiales de los TP como la del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM) han brindado sólo un acercamiento descriptivo, intentando estimular la investigación pero aún no se ha logrado conocer la etiología y la patogénesis de dichos trastornos. Un modelo que intenta abordarlos desde una perspectiva diagnóstica, etiológica y de tratamiento es el denominado psicobiológico, fundamentado en los conceptos de temperamento y de carácter (el primero es entendido como la disposición neurobiológica heredable y el carácter como las características de personalidad que cambian con la edad, atribuidas a las diferencias individuales en los procesos cognoscitivos superiores). Este modelo incluye cuatro

rasgos de temperamento (búsqueda de la novedad, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia) y tres rasgos de carácter (autodirectividad, cooperatividad y autotrascendencia). El Inventario de Temperamento y Carácter (TCI) que se diseñó con base en dicho modelo; es un cuestionario autoaplicable para cuantificar las diferencias individuales presentes en cada una de las dimensiones.

El objetivo de este artículo es comprobar que la hipótesis conceptual del modelo de temperamento y carácter utilizado por los autores, puede emplearse para el diagnóstico y el diagnóstico diferencial de los TP, y que además ayuda a reforzar los conceptos sobre la etiología y el tratamiento de este modelo psicobiológico.

Se utilizó en 109 pacientes psiquiátricos externos y subsecuentes, con o sin trastorno de personalidad y con diversos estados afectivos. Los criterios de exclusión fueron edad <18 años, diagnóstico de trastorno orgánico, retraso mental o baja capacidad intelectual para la resolución de pruebas complejas, agitación, confusión y psicosis florida. Seis sujetos fueron excluidos, por lo que sólo quedaron 103. Estos fueron tratados por un período de un año, mediante tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Para minimizar el efecto de los trastornos mentales agudos los pacientes se encontraban en una etapa de remisión de su enfermedad psiquiátrica primaria; 22 hombres (20.2%), 87 mujeres (79.8%). Su rango de edad fue de 18 a 78 años, con edad promedio de 44.4 años y desviación estándar de 13.7. A 55% de los sujetos se le diagnosticó depresión mayor, 18% recibió diagnóstico de psicosis (esquizofrenia), 11% trastornos de ansiedad, 9% de depresión no especificada, 5% de abuso de sustancias y 3% otros diagnósticos.

Se evaluó a los sujetos mediante una batería de pruebas psicométricas para medir sus características de personalidad. Dicha batería incluyó el TCI y el PDQR (Cuestionario Revisado del Diagnóstico de la Personalidad). Para valorar los estados comórbidos depresivos y de ansiedad se usó el STAI (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado) y el BDI (Inventario de Beck de Depresión). Se les aplicó adicionalmente el MCMI II (Inventario Multiaxial de Millon) para compararlo con el TCI, en términos de efectividad en el diagnóstico y la clasificación de los trastornos de personalidad y síndromes del eje I.

Se obtuvo la media de los resultados del BDI y STAI, el porcentaje de sujetos con TP y el promedio de diagnósticos. Se hizo la correlación de Pearson entre los resultados del TCI y el PDQR, después el análisis de regresión por pasos, correlacionando nuevamente los resultados y una regresión logística por pasos para encontrar los predictores de TP.

Resultados

La media del Beck fue de 18. La media del STAI fue de 50.2 (moderadamente ansiosos y deprimidos), según el PDQR, 87 sujetos (79.8%) tuvieron uno o más trastornos de la personalidad, de éstos se obtuvieron 207 diagnósticos que corresponden a 2.37 por caso. Los más frecuentes fueron paranoide (61.5%) y límite (52.3%); los menos, antisocial (15.6%) y sádico (4.6%). En el TCI, la correlación de Pearson encontró bajos puntajes de dimensiones de carácter, especialmente en autodirectividad y cooperatividad; fueron congruentemente asociados con una elevada sintomatología para cualquier TP. Las 4 características de temperamento interaccionaron formando un único perfil de correlaciones con cada uno de los Cluster y de los TP. La regresión por pasos indicó que después de controlar la edad, la ansiedad y la depresión; los síntomas de los TP fueron predichos por una baja autodirectividad, baja colaboración y alta autotrascendencia.

La regresión logística por pasos indicó que el único predictor de presencia o ausencia de TP fue el carácter. Las X^2 ($df=1$) fueron de 4.79 para autodirectividad ($p < 0.05$) cooperatividad d 10.41 ($p < 0.005$) y 5.27 para autotrascendencia ($p < 0.05$). El rango general de correlación entre la función logística y la presencia o ausencia de TP fue alta (Somers's D = 0.85, $X^2 = 54.0$, $p < 0.0001$).

En conclusión, se señalan los siguientes puntos:

- La diferenciación entre carácter y temperamento es útil.
- El pobre desarrollo del carácter se manifiesta en todos los trastornos de la personalidad.
- Los trastornos de personalidad se caracterizan por baja autodirectividad, baja cooperatividad y elevada autotrascendencia.
- El carácter puede tomarse en cuenta para diagnosticar la presencia o ausencia de trastornos de personalidad y su severidad.
- Una vez diagnosticado el trastorno de personalidad, los rasgos del temperamento pueden tomarse en consideración para el diagnóstico diferencial entre uno u otro trastorno de personalidad.
- Cada Cluster se puede diferenciar basándose en las características del temperamento.
- El sistema categórico del DSM se presta a traslapes y diagnósticos múltiples lo cual no sucede con la combinación de las diferentes dimensiones del temperamento.
- Este modelo postula una asociación neuropsicológica que tiene implicaciones en la etiología y en el tratamiento, concretamente en:
 - Prevención del daño con sistema gabaérgico y serotoninérgico.
 - Búsqueda de la novedad con sistema dopaminérgico.
 - Dependencia a la recompensa con sistema noradrenérgico.
 - Individualización del tratamiento con farmacoterapia (temperamento) y psicoterapia (carácter).

(Juan José Cervantes Navarrete)

Bibliografía

SVRAKIC DM y cols.: Temperamento, carácter y trastornos de la personalidad: etiología, diagnóstico y tratamiento. *Acta Psychiatr Scand*, 106:189-195, 2002.

La esquizofrenia como un trastorno del neurodesarrollo. Primera parte

■ La esquizofrenia es un trastorno grave del sistema nervioso que usualmente provoca una incapacidad de por vida y que constituye, además, una importante carga emocional tanto para los individuos afectados como para sus familias.

Típicamente el trastorno aparece entre la segunda o tercera década de la vida, con un promedio de edad de inicio que se presenta hasta cinco años antes en los hombres, que en las mujeres.

A pesar de que la prevalencia del trastorno llega a afectar a 1% de la población mundial, los factores específicos relacionados con el origen de la enfermedad aún son desconocidos.

Los múltiples estudios encaminados a encontrar la causa de la enfermedad han mostrado discrepancias que en efecto reflejan la naturaleza compleja de la esquizofrenia, en la que alteraciones sutiles en el cerebro en desarrollo producen una enfermedad que se inicia en la adolescencia y que luego prosigue, aparentemente con mínimos cambios degenerativos, a lo largo de la vida del individuo que la padece.

Los intentos de postular un concepto unificado de la etiología de la esquizofrenia han llevado a proponer mecanismos biológicos que tienen sus orígenes en los procesos de desarrollo que preceden al inicio de los síntomas clínicos.

Esta revisión provee una perspectiva del desarrollo, que toma en cuenta las contribuciones de la susceptibilidad genética y de la influencia ambiental para producir el fenotipo complejo de la esquizofrenia.

Riesgo gené y contribuciones ambientales

El riesgo de desarrollar esquizofrenia está directamente asociado con el grado de relación biológica con un individuo afectado.

Los parientes en primer grado de consanguinidad de un individuo afectado, presentan un alto riesgo de manifestar la enfermedad; este riesgo es mayor que el de aquellos individuos en segundo grado.

Cuando los hijos biológicos de individuos con esquizofrenia son criados por familias adoptivas, el riesgo de desarrollar la esquizofrenia sigue siendo elevado, igual al esperado en los familiares de primer grado; este riesgo es mucho más alto que el riesgo de padecer esquizofrenia, exhibido por sus familias adoptivas.

El riesgo genético para la esquizofrenia parece transmitirse de forma poligénica. Se han documentado varios loci asociados con la esquizofrenia: (22 q11-13, 6p, 13q, y 1q21-22). Algunos de estos loci contienen genes que tienen funciones neurobiológicas bien descritas.

Dado que el grado de concordancia para la esquizofrenia entre gemelos monocigóticos sólo se aproxima a 50%, la predisposición genética por sí sola no es suficiente para explicar las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Estas observaciones sugieren que la predisposición genética de la esquizofrenia es compleja.

Algunos modelos de la etiología de la esquizofrenia proponen efectos aditivos o interactivos entre la susceptibilidad genética y los factores ambientales.

Algunas de las situaciones ambientales que han sido asociadas con el aumento en el riesgo de padecer esquizofrenia, se presentan durante los períodos prenatales o perinatales de la vida, mucho tiempo antes del inicio clínico de la enfermedad.

Este lapso que media entre la presencia de las situaciones ambientales de significado etiológico y la aparición de la enfermedad clínica, ha jugado un papel importante en la idea de que la esquizofrenia podría ser un trastorno del desarrollo neural, lo que ha llevado a proponer dos teorías al respecto: 1) la existencia de una lesión cerebral estática temprana (pre o perinatal), con una larga latencia hasta la aparición de signos clínicos o 2) una alteración cerebral (adolescencia), de limitada duración y corta latencia.

Se ha documentado una amplia variedad de observaciones que incluyen circunstancias ambientales y anormalidades del comportamiento que ocurren con antelación al inicio de los síntomas clínicos de la enfermedad.

En relación con el período prenatal, se ha documentado que la nutrición de la madre influye en el riesgo de desarrollar esquizofrenia. Individuos que fueron concebidos en la hambruna alemana del invierno de 1944-1945, mostraron un incremento doble en el riesgo de que desarrollaran esquizofrenia los hombres y las mujeres de su descendencia. La desnutrición materna en el primer trimestre y en el último trimestre no aumentó el riesgo de desarrollar esquizofrenia.

Algunos estudios han señalado que hay una asociación entre el riesgo de desarrollar esquizofrenia y la presencia de una infección por influenza, ocurrida en el segundo trimestre de la gestación; estos hallazgos no se han replicado en estudios posteriores.

Algunas alteraciones en las características físicas externas como la baja implantación de las orejas, la lengua protruida, el arco del paladar alto y los dedos curvados, se han encontrado con una prevalencia mayor en los sujetos con esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos, así como en individuos con otras alteraciones del desarrollo como síndrome de Down y retardo mental profundo.

La esquizofrenia se ha relacionado con un incremento en el trauma obstétrico al nacer, y algunos reportes han llegado a documentar hasta 20% de sujetos que presentaron complicaciones en el parto al momento de nacer y que desarrollaron esquizofrenia posteriormente.

En un estudio en el que se evaluó el coeficiente intelectual de niños de ocho años, aquéllos que posteriormente desarrollaron esquizofrenia mostraron índices mucho más bajos que los niños que no llegaron a manifestar la enfermedad.

Implicaciones para el modelo del neurodesarrollo en la esquizofrenia

Teniendo en cuenta los datos anteriores se puede concluir que los individuos que desarrollan esquizofrenia parecen experimentar una amplia variedad de situaciones adversas durante la vida pre o perinatal, aunque dichas circunstancias generalmente tienen un bajo valor predictivo. Esto significa que los individuos que pasan por algunas de las situaciones adversas, antes descritas, no necesariamente desarrollan la enfermedad y que el hecho de no sufrir las situaciones adversas en las etapas pre o perinatales, no implica que los sujetos se hallen exentos de presentar años después, el cuadro clínico de la enfermedad.

Si estas observaciones representan un epifenómeno asociado con otros factores de riesgo para desarrollar esquizofrenia, o con factores de riesgo independientes que contribuyen a la causalidad de la enfermedad o con diferentes aspectos de un espectro de manifestaciones clínicas de la esquizofrenia relacionadas con la edad, en cualquier caso, la naturaleza y el número de estas observaciones sugiere en forma importante que las alteraciones cerebrales se presentan muy temprano en la vida y al menos en algunos individuos que desarrollarán posteriormente esquizofrenia.

La visión de la esquizofrenia como una alteración del neurodesarrollo postula que: a) el evento patogénico primario es una alteración del desarrollo cerebral durante la vida pre o perinatal; b) la acción del agente causal es relativamente corta en duración, pero este daño desencadena una lesión cerebral estática; c) las consecuencias de la alteración permanecen en gran parte latentes por un tiempo sustancial después de que la causa primaria ha cesado.

Los datos resumidos arriba como anomalías y lesiones pre o perinatales y recientes datos experimentales en modelos

animales, son consistentes al demostrar un proceso fisiopatológico de inicio temprano, aunque claramente los procesos no están necesariamente limitados a un período específico del desarrollo.

Algunos modelos incorporan cambios tardíos del neurodesarrollo y se centran en situaciones que ocurren durante la adolescencia. Este período del desarrollo es crítico para la aparición del síndrome clínico por un número de razones importantes como el estrés social que ocurre durante esta etapa y la maduración de ciertas regiones cerebrales. Por ejemplo, el número de sinapsis excitatorias en la corteza cerebral disminuye en forma importante en la peri-adolescencia y ocurren cambios recíprocos en la cantidad de sustancia gris y blanca.

El tiempo en el que ocurren estos sucesos biológicos plantea la posibilidad de que las alteraciones en estos procesos puedan contribuir a la patogénesis de la esquizofrenia.

(Leonardo Díaz Galvis)

Bibliografía

LEWIS D A, LEVITT P: Schizophrenia as a disorder of neurodevelopment. *Annu Rev Neurosci*, 25:409-432, 2002.

Historia personal de déficit de atención con hiperactividad en pacientes con trastorno límite del carácter: un estudio controlado

■ El trastorno límite del carácter (TLP) es una entidad clínica que comúnmente se atiende en los servicios de consulta externa de los hospitales psiquiátricos de segundo y tercer nivel en nuestro medio. Los pacientes acuden a solicitar ayuda debido a la presencia de síntomas depresivos ansiosos severos que generan ideas o impulsos autodestructivos, o de temores e ideas delirantes de daño, perjuicio y referencia, acompañados de alteraciones sensoriales tales como alucinaciones auditivas y visuales que a su vez, van acompañadas de una gran ansiedad. En muchas ocasiones, los pacientes acuden bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva ilícita o del alcohol. También suelen acudir cuando manifiestan un síndrome de abstinencia a sustancias ilícitas.

Cuando el clínico empieza a encontrar relaciones comunes desde un punto de vista sintomático en los pacientes límite y los niños con trastorno por déficit de atención, en una gran proporción de ellos se detectaron, igualmente, signos clínicos comunes de los que uno es contundente: la impulsividad. Estos pacientes responden mal a situaciones de frustración y a la espera, generalmente reaccionan con ira o con enojo mezclado de ansiedad y de tristeza: La diferencia entre estos pacientes y un niño con TDA es que la intolerancia a la frustración en los niños

es que la intolerancia a la frustración en los niños, se manifiesta con una conducta de berrinche. Cuando se ve a un niño con TDA interactuar con otros niños, habitualmente su comportamiento empieza a generar rechazo y enojo por parte de sus compañeros de juego, de sus maestros en la escuela y en muchas ocasiones de los propios padres. Cuando se observa la interacción social de los pacientes con trastorno límite del carácter, se encuentra que los compañeros de trabajo, las parejas, la misma familia responden al comportamiento del paciente con rechazo y enojo. Habitualmente los niños con TDA manifiestan conductas desafiantes, de rebeldía, de reto. Los pacientes con trastorno límite del carácter comúnmente manifestarán actitudes de desafío, inclusive antisociales.

Otro punto importante común entre estos dos trastornos es que en los pacientes límites, la inatención y la queja de mala concentración y memoria hacen que su rendimiento académico o laboral sea deficiente, y en muchas ocasiones esta desconcentración y la falta de atención se relacionan con el cuadro depresivo que comúnmente presentan estos pacientes. Tal vez la gran diferencia entre los niños con TDA y los pacientes con trastorno límite del carácter se encuentre en el procesamiento del pensamiento. Raras veces los niños con TDA manifestarán síntomas psicóticos tales como alteraciones de la sensibilidad o ideas delirantes de tipo paranoide. Al menos esto es lo comúnmente descrito en los libros de texto o en las publicaciones sobre este trastorno. Tal vez esta diferencia se deba a que los niños por lo general son fantasiosos y se suele confundir la fantasía con las ideas delirantes o las alucinaciones, o bien a que los niños generalmente no tienen el nivel de desarrollo cortical (cognoscitivo) que tienen los adultos y por lo tanto estos síntomas no se manifiestan clínicamente.

El trastorno por déficit de atención (TDA) se presenta en alrededor de 5% de la población infantil, y una buena proporción de ésta seguirá manifestando síntomas residuales en la edad adulta. Por ejemplo, alrededor de 80% de los adolescentes que llegaron a padecer TDA, siguen manifestando signos del trastorno. Además, se considera que alrededor de 30 a 50% de éstos seguirá manifestando signos y síntomas del trastorno en la edad adulta. También ha quedado cada vez más claro que el TDA en la infancia juega un papel fundamental en el desarrollo de otro tipo de trastornos en la edad adulta. Algunos trastornos que con más frecuencia se desarrollan son el trastorno antisocial de la personalidad y los síndromes de abuso de drogas.

Desafortunadamente la relación entre otros trastornos de la personalidad y el TDA ha sido poco estudiada. Algunos estudios señalan que existe una relación estrecha entre el antecedente de TDA en la infancia y el trastorno límite de la personalidad (TLP). Van Reekum observó que 44% de los pacientes con trastorno límite del carácter tenía antecedentes personales de un pobre desarrollo neuropsiquiátrico, con evidentes problemas de atención y aprendizaje. La crítica a estos estudios se basa en fallas metodológicas importantes (sesgos, mala selección de muestras de estudio para comparar, ausencia de instrumentos de medición confiables, tanto diagnósticos como psicométricos, etc.).

Recientemente, Ward y su equipo de trabajo desarrollaron un instrumento confiable que puede medir con aceptable precisión los antecedentes de TDA en los adultos. Este instrumento de medición se llama WURD (*Wender UTAH Rating Scale*). El WURD pudo discriminar adecuadamente a los sujetos adultos con TDA en un grupo de deprimidos y de controles. Además, el instrumento alcanzó una adecuada congruencia interna (alfa de Cronbach > 88).

Fossati y su equipo de trabajo decidieron recientemente investigar si existía una asociación entre los antecedentes de TDA

y el diagnóstico de TLP en un grupo de pacientes con este trastorno y cuatro grupos controles. Se controlaron los efectos de los posibles factores de confusión estadística (edad, género, pacientes externos, pacientes internos, diagnóstico de eje I, etc.). Los pacientes límites evaluados, cumplieron los criterios diagnósticos del DSM-IV según SCID-II (versión 2.0). Los grupos controles no debían cumplir el diagnóstico de trastorno límite por evaluación de SCID-II. Los sujetos excluidos fueron todos aquellos que tenían menos de 18 años de edad, un coeficiente intelectual menor a 75, padecían esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, demencia o trastorno mental orgánico cerebral y tenían una educación inferior a la primaria completa. El grupo de estudio lo conformaron 42 pacientes con diagnóstico de TLP según los criterios del DSM-IV. Los grupos comparativos los conformaron 92 pacientes que cumplían con el diagnóstico de trastorno de personalidad del grupo "B" a excepción del TLP, 38 pacientes con trastornos de personalidad del grupo A y C y un grupo de 69 pacientes que no tenían trastorno de personalidad (SCID-II). Un cuarto grupo control lo conformaron 201 estudiantes sanos.

A todos los sujetos del estudio se les aplicó la versión italiana del WURS (un instrumento de 25 reactivos que evalúa retrospectivamente los antecedentes de TDA durante la infancia del sujeto evaluado). Los puntajes más altos corresponden a un diagnóstico de TDA en la infancia. Un puntaje igual o mayor a 46 discrimina a pacientes con TDA en la infancia. El WURS se calificó ciego a los diagnósticos de eje I y eje II de los sujetos evaluados.

Los resultados indicaron que los pacientes diagnosticados con TLP, también presentaban codiagnósticos con trastornos de personalidad narcisista e histriónico. Un 64% de los pacientes con trastorno antisocial de la personalidad recibieron también el diagnóstico de TLP. Cincuenta por ciento de los pacientes con TLP tenía además un diagnóstico en eje I, principalmente de trastornos por ansiedad, por abuso de drogas y afectivos. La media del puntaje total del WURS en los pacientes con TLP fue de 51.9 (+/-15). En el grupo de pacientes del grupo con trastornos de personalidad A y C, la media del puntaje total fue de 28.1 (+/-14), y en el grupo de estudiantes sanos fue de 21.8 (+/-14). Estos resultados al analizarlos con ANOVA y con el análisis de contraste de Dunn-Bonferroni, demostraron que los pacientes con TLP, tenían puntajes más altos en el WURS, con una significancia estadísticamente significativa lo que llevaba a concluir que estos pacientes como grupo, tenían con mucha mayor frecuencia antecedentes de TDA en su infancia. El análisis ROC reveló que el WURS podía discriminar a los pacientes con antecedentes de TDA, sobre todo con un puntaje total de 46 o más. Con esto, 60% de los pacientes con TLP presentaron puntajes totales de más de 46.

El presente estudio, se ve limitado por ser retrospectivo. Tal vez una investigación sólida debería dar seguimiento clínico a los niños y adolescentes con TDA y evaluar en el transcurso del tiempo cuáles de ellos presentarán un TLP. La importancia clínica de obtener datos retrospectivamente se hace evidente en algunos trastornos que requieren contar con la historia personal de los síntomas y signos, para llegar a un diagnóstico claro (trastorno antisocial de la personalidad y TDA residual del adulto). Aunque la investigación de Fossati tiene limitaciones metodológicas, el hallazgo de la asociación entre el TDA en la infancia y el desarrollo de TLP en la edad adulta debe de tomarse muy en cuenta para futuras investigaciones en el campo de los trastornos de personalidad.

(Héctor Sentfies Castellá)

Bibliografía

BARKLEY RA y cols.: The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria I: an 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adoles Psychiatry*, 29:546-557, 1990.
CORNELIUS JR y cols.: An evaluation of the significance of selected neuropsychiatric abnormalities in the etiology of borderline personality disorders. *J Personal Disord*, Vol. 3:19-25, 1989
WARD MF y cols.: The Wender-Utah Rating Scale. An aid in the retrospective diagnosis of attention deficit hyperactive disorder. *Am J of Psychiatry*, Vol. 150:885-890, 1993.
FOSSATI A y cols.: History of childhood attention deficit hyperactive disorder symptoms and borderline personality disorder: A controlled study. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 43:369-377, 2002.

Efectos agudos de la estimulación magnética transcraneal en el ánimo y en la hormona estimulante de la tiroides (TSH) en la depresión mayor

■ En los últimos cinco años la estimulación magnética transcraneal (EMT) se ha aplicado para el estudio y el tratamiento de diversos trastornos neuropsiquiátricos, principalmente de los trastornos del estado de ánimo. Varios estudios controlados han demostrado que la estimulación magnética transcraneal repetitiva (EMTr) de alta frecuencia, sobre la corteza prefrontal izquierda, produce efectos antidepressivos en individuos con depresión mayor. En otros trabajos se ha encontrado un incremento de los niveles de TSH con la aplicación de EMTr rápida en la corteza prefrontal, en individuos sanos.

En este estudio se buscó determinar si las sesiones únicas de EMTr de alta frecuencia sobre la corteza prefrontal izquierda producen elevaciones agudas del ánimo y de los niveles séricos de TSH en sujetos con depresión mayor, y si puede establecerse una asociación entre los cambios de ánimo y los cambios de TSH.

El estudio se realizó en 16 sujetos voluntarios con consentimiento informado, diagnóstico primario de depresión mayor obtenido con el DSM-IV, el Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia y la Escala de Depresión de Hamilton. Dichos sujetos recibieron EMTr a 10Hz, a 100% del umbral motor durante 2 semanas. Se les hizo exámenes físicos generales, neurológicos y psiquiátricos. Se excluyó a aquellos con abuso o dependencia al alcohol o a drogas, a los que sufrían alguna enfermedad médica o neurológica con efectos en el ánimo o la cognición, a aquellos con riesgo suicida importante, o que tenían colocado algún objeto metálico en el cerebro o en el cráneo. Los sujetos se hallaban exentos de tratamiento (siete días previos) y de Terapia Electroconvulsiva (TEC) (30 días previos).

Se les aplicó dosis alta, intermedia, baja y placebo; las sesiones tuvieron lugar durante cinco días por semana, por dos semanas. Se usó 10Hz, cinco trenes por segundo, 20 trenes en 10 minutos, al 100% del umbral motor. El ánimo fue valorado con la Escala

de Hamilton para la depresión de seis puntos, Manía de Young y el Perfil del Estado de Animo (POMS); los niveles de TSH se midieron usando radioinmunoensayo, tomando muestras de sangre antes y después de cada sesión de tratamiento. La muestra constó de 14 sujetos en quienes fue valorado el cambio en el estado de ánimo y en los niveles de TSH producido por sesiones únicas.

Las variables categóricas se analizaron usando la Prueba Exacta de Fisher y las variables continuas y demográficas se compararon usando pruebas t. Para determinar los cambios agudos del ánimo se compararon los resultados de las escalas usando la prueba U Mann-Witney. Se utilizó la corrección de Bonferroni para los valores individuales de p. Los coeficientes de correlación de Spearman se calcularon para analizar la correlación entre los cambios en el ánimo y los niveles de hormonas.

Nueve sujetos (cinco mujeres) fueron sometidos a EMTr activa y cinco sujetos (tres mujeres) a EMTr simulada. No hubo una diferencia significativa en las variables demográficas o clínicas. La EMTr activa produjo una mejoría en el ánimo mayor que la EMTr simulada, lo cual fue valorado a través de la Escala de Hamilton de Depresión de 6 puntos ($p < .1$). Las sesiones de EMTr activa incrementaron los niveles de TSH, mientras que las simuladas disminuyeron los niveles de TSH. Asimismo la EMTr activa incrementó la TSH sérica en 66.7%, mientras que el procedimiento simulado produjo elevaciones de 20%. Se encontró una correlación no significativa entre las mediciones de los cambios del ánimo y los cambios de TSH ($p > .1$).

(Alma Adriana Contreras Cañas)

Bibliografía

SZUBA MP, O'REARDON JP, RAI AS, SNYDER-KASTENBERG J, AMSTERDAM JD y cols.: *Biological Psychiatry*, 50:22-27, 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: 5655-28-11.
Fax: 5655-04-11.

Suscripción anual 2003

	Nacional	Extranjero*
Instituciones	\$ 200.00	USD 60.00
Personas físicas	\$ 200.00	USD 50.00
Estudiantes con credencial vigente	\$ 100.00	USD 50.00
Números sueltos o atrasados	\$ 30.00	USD 6.00

* Estos precios incluyen el correo aéreo.

Departamento de Publicaciones:

Norma Vollrath, Mario Aranda Marqués, Laura de los Angeles Díaz y Elizabeth Cisneros.

