

Artículos originales

(<http://www.siicsalud.com/main/expinv.htm>)

Las normas de divulgación biomédica acotan las posibilidades de comunicación de los investigadores o los someten a rígidos esquemas editoriales que, en oportunidades, limitan la redacción y, en consecuencia, la posterior comprensión de los lectores. SIIC invita a renombrados médicos del mundo para que relaten sus investigaciones de manera didáctica y amena.

Las estrictas supervisiones científicas y literarias a que son sometidos los Artículos originales aseguran documentos de calidad, en temas de importancia estratégica.

1 - Revisión del Riesgo de Suicidio en Trastornos Afectivos



John Michael Bostwick, Columnista Experto

Sociedad Iberoamericana de Información Científica

Función que desempeña: Consultor, Departamento de Psiquiatría y Psicología, Mayo Clinic, Rochester, EE.UU.

Otros trabajos de su autoría: Affective Disorders and Suicide Risk: A Re-examination. *American Journal of Psychiatry* 1(1):1925-1932, 2000.

Página del autor: www.siicsalud.com/dato/dat032/03704005a.htm

(*) Artículo breve escrito por el autor para Trabajos Distinguidos edición en papel.



El artículo amplio escrito por el autor para SIIC En Internet se edita en: www.siicsalud.com/dato/dat032/03704005a.htm

Abstract

In 1970 Guze and Robins published a meta-analysis of suicide in affectively ill patients that projected a lifetime risk of 15 percent. In the ensuing three decades, this figure has indiscriminately been applied to all depressive disorders and cited uncritically in hundreds of journal articles and textbooks. Using case fatality rather than proportionate mortality methods to estimate suicide prevalence, our 2000 paper in the American Journal of Psychiatry argues for a lower estimate of suicide risk. We report a hierarchy of risk based on the intensity of the treatment setting. In affectively ill patients ever hospitalized with suicidality, the lifetime prevalence of suicide is 8.6 percent. For patients hospitalized without suicidality specification, the lifetime risk is 4.0 percent. For mixed inpatient-outpatient populations, the risk is 2.2 percent. We observe that the fact a patient has ever been hospitalized with depression, particularly if accompanied by suicidality, robustly indicates heightened lifetime suicide risk. We also point out that one figure for suicide risk cannot be generalized to all depressive diagnoses, which include conditions with varying degrees of lethality. Future research efforts should attempt to distinguish characteristics making certain forms of depression more deadly than others.

Artículo completo en inglés: www.siicsalud.com/dato/dat032/03704005i.htm

Cuando me solicitaron, hace aproximadamente una década, que escribiera un capítulo sobre suicidio para el *American Psychiatric Press Textbook of Consultation Liaison Psychiatry* (Libro de Texto de la Prensa Psiquiátrica Norteamericana de Psiquiatría de Enlace y Consulta), encontré una verdad aceptada que no tenía sentido. Cada libro de texto importante de psiquiatría examinado afirmaba que el 15% de los pacientes depresivos fallecería por suicidio,¹⁻⁵ aun cuando ningún profesor o colega consultado había registrado jamás semejante prevalencia en la práctica profesional. Intrigado por esta contradicción, me convertí en detective médico y descubrí que todos los caminos intelectuales conducían a un artículo publicado por Guze y Robins en *British Journal of Psychiatry*, en 1970,⁶ reproducido en el libro de texto magistral de Goodwin y Jamison, *Manic-Depressive Illness* (Enfermedad Maníaco-Depresiva) 20 años más tarde.⁷

Resumen

En 1970, Guze y Robins publicaron un metanálisis acerca del suicidio en pacientes afectados por trastornos afectivos, en el cual se proyectaba un riesgo a lo largo de la vida del 15%. En las tres décadas siguientes, esta cifra se aplicó indiscriminadamente a todos los trastornos depresivos y se utilizó sin reparos como referencia en cientos de artículos en revistas y libros de texto. Si utilizamos el método de la fatalidad según los casos en lugar de la mortalidad proporcional para estimar la prevalencia de suicidio, nuestros 2 000 artículos en el *American Journal of Psychiatry* constituyen un argumento para disminuir la estimación del riesgo de suicidio. Informamos una jerarquía del riesgo, basada en la intensidad del encuadre de tratamiento. En pacientes afectados por trastornos afectivos, internados alguna vez por ideación suicida, la prevalencia de suicidio a lo largo de la vida es del 8.6%. Para los pacientes internados sin especificación de ideación suicida, el riesgo para toda la vida es del 4.0%. Para el conjunto de la población de pacientes internados y ambulatorios, el riesgo es del 2.2%. Observamos que el hecho de que un paciente haya sido hospitalizado alguna vez por depresión, y especialmente si estaba asociada con ideación suicida, constituyó un poderoso indicador de incremento del riesgo de suicidarse en algún momento a lo largo de la vida. También destacamos que una determinada valoración estadística del riesgo de suicidio no puede generalizarse a todos los diagnósticos de depresión, los cuales incluyen cuadros clínicos con grados variables de letalidad. Los esfuerzos de investigación futuros deberían intentar distinguir las características que hacen que ciertas formas de depresión presenten mayor mortalidad que otras.

No se tenía en cuenta que Guze y Robins –y Goodwin y Jamison después de ellos– no se hubieran referido a todos los pacientes depresivos, sino más bien a un subgrupo principalmente de pacientes internados; ni que en ambos casos los autores utilizaran una metodología defectuosa, al proyectar los suicidios en una muestra seguida por breve tiempo, cuando no había fallecido más que una pequeña parte del total. Tampoco se tenía en cuenta la falsedad de la hipótesis de que el suicidio tiene lugar con frecuencia constante a través del curso de vida en la enfermedad depresiva.

Descubrí que los libros de texto generalizaban a partir de un subgrupo particular de pacientes depresivos –aquellos cuyo examen clínico era lo suficientemente preocupante como para justificar la hospitalización–, a todos los pacientes afectados por depresión. Afirmaban que en esta cifra del 15% exenta de toda especificación puede haber momentos de mayor o menor

riesgo en el curso de una enfermedad conocida por los altibajos que se manifiestan a través de episodios recurrentes de variable intensidad sintomatológica.

Una cosa fue inferir que la cifra del 15% no tenía sentido. Otra cosa fue probarlo. El metanálisis pareció la técnica a utilizar. Así comenzaron seis años de investigación personal luego de mi día habitual de atención clínica y docente. Analicé más de 500 artículos y consideré, como potencial fuente de datos, todo aquel que incluyera una población de pacientes depresivos seguidos durante cierto tiempo. El conjunto mínimo de datos consistía en:

- población de pacientes afectados por depresión
- seguimiento promedio de al menos dos años
- retención de sujetos del 90% como mínimo
- datos acerca de cuántos de los individuos originales habían fallecido por suicidio.

Un total de 34 estudios sobrevivieron a este riguroso y selectivo proceso, los cuales representaban un número de aproximadamente 20 000 individuos, 3 500 muertes, y 800 suicidios. Aunque los libros de texto no mencionaban el tema en especial, tenía el presentimiento –no particularmente erudito– de que no todos los pacientes depresivos son comparables en cuanto a la potencialidad suicida. Dado que más de medio siglo de artículos revelaban una babel de más de 30 términos aparentemente intercambiables de depresión, las sutilezas diagnósticas no probaron ser útiles para identificar grupos diferenciados. Sin embargo, fue evidente la existencia de tres subpoblaciones de pacientes afectados por cuadros depresivos que se distinguían por las condiciones de internación en el momento de ser seleccionados para participar en los respectivos estudios. El artículo con los hallazgos apareció en *American Journal of Psychiatry* en diciembre de 2000.⁸

En 7 estudios tomados en conjunto, sobre aproximadamente 5 000 pacientes internados por ideación suicida o luego de un intento de suicidio, la prevalencia de suicidio a largo de la vida fue de 8.6%. En 22 estudios agrupados, que incluían alrededor de 12 000 pacientes afectados por depresión, internados sin especificación de ideación suicida, la prevalencia de suicidio a lo largo de la vida fue de 4.0%. En 5 estudios considerados en conjunto, que totalizaban 5 100 sujetos depresivos que ingresaron a los ensayos como pacientes ambulatorios, la prevalencia de suicidio a lo largo de la vida fue de 2.2%. No cabe duda de que el grupo de internados sin especificación de ideación suicida abarcaba a pacientes con estas características –los artículos originales simplemente no incluyeron esos datos–, lo cual disminuye la prevalencia de suicidio a lo largo de la vida para los internados con depresión pero sin ideación suicida.

Además, el grupo de pacientes ambulatorios comprendía a individuos que finalmente serían internados; esto indica que el paciente ambulatorio que nunca tuvo una internación psiquiátrica presenta una prevalencia de suicidio inferior al 2.2%. En consecuencia, llegué a la conclusión de que existía una jerarquía del riesgo, basada en cualquier combinación de ideación suicida explícita y todo aquello –tangible o no– que induce a los clínicos a internar a los pacientes. Lo mismo ocurría con las generalidades bibliográficas acerca de una estadística de suicidio que se adecuara a todos los pacientes depresivos.

No obstante, no utilicé sólo el concepto de jerarquía para desacreditar la cifra del 15%. Me había dado cuenta de inmediato que Guze y Robins extrapolaron las muertes eventuales por suicidio cuando sólo una pequeña proporción de los casos habían fallecido. El artículo original estaba ilustrado con un gráfico a mano alzada del porcentaje de muertes debidas a suicidio, en relación con el período de seguimiento de cada artículo. Cuanto más corto el período de seguimiento, mayor era la proporción de fallecidos por suicidio; la afirmación adquiere sentido intuitivo cuando se tiene en cuenta que las personas jóvenes fallecen, en su mayoría, por pocas causas, de modo que el suicidio adquiere mayor influencia proporcional en las estadísticas de mortalidad juvenil. Otras fuentes bibliográficas indicaban que es más probable que los suicidios tengan lugar poco después del diagnóstico y poco

después de la internación.⁹⁻¹⁶ Así, la mortalidad proporcional (el porcentaje de fallecidos a causa de suicidio) estima en exceso la prevalencia de suicidio cuando se utiliza para obtener una proyección de las muertes que finalmente ocurrirán por tal causa, como lo hicieron Guze y Robins, y después Goodwin y Jamison.

La fatalidad según los casos (FC) considera la cantidad de suicidios respecto del número de individuos que participan del estudio en lugar del número de fallecimientos. La mortalidad proporcional (MP) sólo iguala a la FC cuando todos los participantes han muerto. En términos reales, si en un estudio participan 100 individuos, 10 de los cuales han fallecido y de éstos 1 se había suicidado, la MP expresa que el 10% falleció por suicidio, mientras que la FC afirma que sólo 1% murió por ese motivo. Particularmente, al considerar la frecuencia de suicidio a lo largo de la vida de los individuos, la FC proveerá una cifra que la subestima. Sin embargo, dada la concentración de suicidios en los jóvenes y en aquellos con diagnóstico reciente en el trastorno afectivo, consideramos que la FC es un método más preciso para calcular el riesgo de suicidio a lo largo de la vida.

Había realizado los primeros 5 años de labor en este proyecto, mediante cálculos brutos hechos con lápiz y papel, con la sola colaboración de una calculadora portátil. Cuando invité al Dr. V. Shane Pancratz, un especialista en bioestadística, a unirse al esfuerzo, encontré un colaborador que otorgaría un sentido sofisticado a mis indagaciones superficiales. El Dr. Pancratz analizó las cifras antes mencionadas, mediante la utilización de las ecuaciones estimativas generalizadas, en un paquete estadístico estándar (PROC GENMOD). También procuró que otros datos apuntaran a que nuestra estimación de la FC fuera lo más precisa posible. Mientras que cada estudio incluido superaba el período de seguimiento de corte de al menos 2 años, un gran número de aquellos se caracterizaban por seguimientos bastante más prolongados que el mínimo requerido.

Mediante aplicación de la regla de Bayes, introdujo como factor la contribución relativa de cada estudio en la estimación final de la FC. En una feliz confirmación de que mis cálculos manuales estaban en la senda correcta, las estimaciones originales de FC casi coincidían con las estimaciones de probabilidad del modelo de efectos aleatorios según la Regla de Bayes, que Shane había utilizado.

Mientras nuestra labor asigna un valor significativamente inferior a la prevalencia de suicidio durante la vida en el trastorno afectivo, de ninguna manera pretendemos minimizar la repercusión devastadora o la importancia crítica que presenta el sentimiento de autodestrucción en los que padecen esta enfermedad. Al identificar subgrupos de pacientes deprimidos en mayor riesgo, creemos que nuestras estimaciones de fatalidad por casos apuntan a las poblaciones en las cuales deberían concentrarse los recursos para prevenir el suicidio. Debido a que durante los últimos 30 años el concepto general de depresión ha incluido muchas más variantes menos letales (Klein y Thase estiman que el 20% de la población estaría comprendido en uno u otro diagnóstico de trastorno afectivo, según el DSM-IV),¹⁷ la identificación de aquellos pacientes más propensos a morir por propia mano se ha vuelto aun más importante. Además, la fuerte evidencia de que el suicidio se manifiesta tempranamente en el curso del trastorno afectivo respalda el concepto de que la historia natural del suicidio es un proceso dinámico con períodos detectables de mayor riesgo.

No proponemos dedicar esfuerzos de investigación en el futuro con el objeto de identificar características que distinguen no sólo los momentos de incremento del riesgo sino también los individuos susceptibles. Por ejemplo, el hecho de que un profesional haya pensado, en algún punto del curso de la enfermedad, que el o la paciente estaba suficientemente grave o era capaz de suicidarse para justificar la internación, parece ser un fuerte indicador potencial de suicidio. Si la historia de ese paciente alguna vez incluye una hospitalización con ideación suicida evidente, la probabilidad de que se suicide en

algún momento a lo largo de la vida es de más del doble.

También nos proponemos aplicar nuestra metodología de fatalidad por casos, para reconsiderar la prevalencia de suicidio en el transcurso de la vida en caso de otras enfermedades mentales importantes.

Se supone que tanto la esquizofrenia como el alcoholismo presentan prevalencias de suicidio a lo largo de la vida similares al trastorno afectivo pero, como en éste, las cifras comúnmente aceptadas se basan en cálculos de mortalidad proporcional y en la presunción de que el suicidio tiene lugar con la misma frecuencia durante todo el curso de la enfermedad. La evolución natural de la esquizofrenia y la del alcoholismo

poseen características específicas propias, y esperamos encontrar en ambas afecciones (así como lo comprobamos en el trastorno afectivo) menores prevalencias durante el transcurso de la vida que las supuestas en la actualidad y períodos definidos de aumento del riesgo.

El autor no manifiesta "conflictos de interés".

Recepción: 8/4/2005 - Aprobación:15/1/2006

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2007

Bibliografía

- Klerman GL: Depression and related disorders of mood, in *The New Harvard Guide to Psychiatry*. Edited by Nicholi AM. Cambridge, Mass, Belknap Press, 1988, p 319.
- Davidson L: Suicide and aggression in the medical setting, in *The Psychiatric Care of the Medical Patient*. Edited by Stoudemire A, Fogel BS. New York, Oxford University Press, 1993, pp 71-72.
- Andreasen NC, Black DW: Suicide and violent behavior, in *Introductory Textbook of Psychiatry*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, p 514.
- Roy A: Psychiatric emergencies, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6th ed. Edited by Kaplan HI, Sadock BJ. Baltimore, Williams & Wilkins, 1995, p 1744.
- Dubovsky SI, Buzan R: Mood disorders, in *The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry*, 3rd ed. Edited by Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1999, p 480.
- Guze SB, Robins E: Suicide and primary affective disorders. *Br J Psychiatry* 1970; 117:437-438.
- Goodwin FK, Jamison KR: Suicide, in *Manic-Depressive Illness*. New York, Oxford University Press, 1990, pp 227-244.
- Bostwick JM, Pankratz VS: Affective disorders and suicide risk: A reexamination. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1925-1932.
- Pokorny AD: Prediction of suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40:249-257.
- Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, Mann JJ: Major depression and the risk of attempted suicide. *J Affect Disord* 1995; 34:173-185.
- Geddes JR, Juszczak E: Period trends in rate of suicide in first 28 days after discharge from psychiatric hospital in Scotland, 1968-1992. *Br Med J* 1995; 311:357-360.
- Goldacre M, Seagrot V, Hawton K: Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet* 1993; 342:283-286.
- Davies S, Naik PC, Lee AS: Lifetime risk of suicide in affective disorders (letter). *Br J Psychiatry* 1998; 173:185.
- Amaddeo F, Bisoffi G, Bonizzato P, Micciolo R, Tansella M: Mortality among patients with psychiatric illness. *Br J Psychiatry* 1995; 166:783-788.
- Simon GE, VonKorff M: Suicide mortality among patients treated for depression in an insured population. *Am J Epidemiol* 1998; 147:155-160.
- Sharma R, Markar HR: Mortality in affective disorder. *J Affect Disord* 1994; 31:91-96.
- Klein DF, Thase M: Medication versus psychotherapy for depression. *Progress Notes (American Society of Clinical Psychopharmacology)* 1997; 8:41-47.



Más información en www.siicsalud.com:
dirección de correspondencia, otros datos del autor,
especialidades en que se clasifica y *full text*.

Anticipos

Resúmenes de artículos originales recientemente aprobados que, por razones de espacio, no pudieron publicarse en la presente edición.

Las versiones completas de Anticipos pueden consultarse libremente, hasta el 31 de diciembre de 2007 en las páginas de www.siiic.info que se indican al pie de cada resumen.

Los logotipos que acompañan los títulos son publicados por solicitud expresa de los autores y de las instituciones participantes en los estudios.

a - Trastornos Psiquiátricos en Adultos Hijos de Personas Alcohólicas



Pim Cuijpers, Columnista Experto de SIIC

Institución: Netherlands Institute of Mental Health and Addiction, Trimbos Institute, Utrecht, Países Bajos

Alrededor del 8% al 27% de los niños crecen en un medio familiar en el que uno o ambos padres afrontan problemas de alcoholismo. Una considerable cantidad de investigaciones muestran que los hijos de padres que padecen problemas con el alcohol están expuestos a un riesgo mayor en lo que se refiere al desarrollo de trastornos psiquiátricos. Estos trastornos incluyen el abuso de sustancias, depresión, trastornos de la alimentación, trastornos de la conducta y delincuencia. Este aumento del riesgo se debe a factores somáticos, sociales y psicológicos. Es escaso el conocimiento de los factores que pudieran proteger a los hijos de quienes tienen problemas alcohólicos y que les permitieran crecer sin el desarrollo de trastornos psiquiátricos. Para confirmar el riesgo aumentado de aparición de trastornos psiquiátricos en los adultos hijos de personas alcohólicas hemos examinado una muestra tomada al azar de la población holandesa (n = 7 147). En todos los sujetos se analizaron los trastornos psiquiátricos y los informes aportados por ellos mismos acerca de los problemas de sus padres con el alcohol y de otras conductas problemáticas, traumas infantiles y agentes actuales generadores de estrés. Hemos encontrado que estas personas presentaron trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de abuso y dependencia de sustancias con prevalencia significativamente mayor tanto a lo largo de toda su vida hasta el estudio, como en los 12 meses y en los 30 días previos. A su vez, presentaron una prevalencia más alta de trastornos de la alimentación y esquizofrenia. Las tasas de prevalencia fueron particularmente altas para los hijos de padres alcohólicos. Respecto de otras conductas problemáticas de los padres y de los traumas infantiles, el alcoholismo de los padres constituye un fuerte predictor de trastornos psiquiátricos, en particular los relacionados con abuso y dependencia de sustancias. Hemos llegado a la conclusión de que los hijos de padres alcohólicos constituyen un importante grupo de riesgo para los trastornos psiquiátricos.



Artículo completo: www.siiic.info/trabajosdistinguidos/saludmental/106/143.htm

Extensión aproximada: 10 páginas

b - Tratamiento de la Hepatitis C Crónica en Pacientes en Riesgo de Padecer Enfermedades Psiquiátricas

Martin Schaefer, Columnista Experto de SIIC

Institución: Department of Psychiatry, University Medicine Berlin, Berlín, Alemania

La infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) es la primera causa de enfermedad crónica del hígado. Mientras que en la población general la prevalencia se encuentra entre el 1% y el 2%, 6% a 8% de los pacientes con trastornos psiquiátricos y 60% a 90% de los adictos a drogas intravenosas están crónicamente

infectados por el VHC. En los últimos años, el tratamiento combinado con peginterferón alfa (IFN-alfa) y ribavirina llevó a un aumento significativo y sostenido de las tasas de respuesta. Sin embargo, el tratamiento con IFN-alfa está aún contraindicado en pacientes con enfermedades mentales o con antecedentes de abuso de drogas intravenosas por el riesgo aumentado de sufrir graves efectos adversos psiquiátricos como depresión, ideas suicidas, irritabilidad y recaídas en el abuso de drogas o alcohol. No obstante, existen datos recientes que no apoyan esta idea. En un estudio propio, prospectivo y controlado los pacientes con trastornos psiquiátricos o en tratamiento de sustitución con metadona no fueron más propensos a desarrollar depresión, o a interrumpir el tratamiento en comparación con controles infectados con VHC y sin enfermedad mental. Los pacientes fueron tratados en conjunto por hepatólogos y psiquiatras y recibieron antidepresivos en caso de cambios depresivos del estado de ánimo. Estos datos son respaldados por otros estudios recientemente publicados. Los pacientes infectados por el VHC que presentan trastornos psiquiátricos o adicción a las drogas ya no deberían ser excluidos del tratamiento efectivo con peg-IFN-alfa y ribavirina.



Artículo completo: www.siiic.info/trabajosdistinguidos/saludmental/106/144.htm

Extensión aproximada: 6 páginas

c - Acerca del Tratamiento de la Depresión Durante el Embarazo



John H. Coverdale, Columnista Experto de SIIC

Institución: School of Medicine and Health Sciences, University of Auckland, Nueva Zelanda

La importancia de la depresión durante el embarazo no ha sido suficientemente reconocida. En primer lugar, existen escasos estudios epidemiológicos. Segundo, la investigación de la presencia de esta patología durante el embarazo no constituye una práctica rutinaria, lo cual dificulta su detección, especialmente en los casos en que la sintomatología depresiva se superpone con características típicas de la gestación. En tercer lugar, las mujeres deprimidas pueden demorar la consulta médica debido a falta de motivación o de iniciativa. Sin embargo, el reconocimiento de la depresión durante el embarazo es importante a causa de su asociación con el retraso del crecimiento fetal y prematuridad, tabaquismo, consumo de alcohol y cocaína y suicidio. En esta columna, a través de una breve síntesis y actualización de un artículo previo, intento enfatizar la importancia clínica de la depresión durante la gestación. Uno de los objetivos consiste en ampliar la información sobre uno de los aspectos quizá más críticos en cuanto al abordaje de la depresión en este período: las decisiones relativas a la interrupción de la gestación en mujeres deprimidas. Tanto la depresión mayor como los síntomas depresivos son comunes durante la gestación y determinan posibles consecuencias adversas significativas para la mujer embarazada y para el producto de la gestación.



Artículo completo: www.siiic.info/trabajosdistinguidos/saludmental/106/145.htm

Extensión aproximada: 3 páginas