

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 - Abuso de Sustancias y Tratamiento Antipsicótico



Enriqueta Ochoa Mangado

Columnista Experta

Sociedad Iberoamericana de Información Científica

Función que desempeña: Psiquiatra, Servicio de Psiquiatría, Hospital Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá, Madrid, España.

Otro trabajo de su autoría: Ochoa E, Salvador E, Alfonso M, Arránz M. Consumo de cocaína en adictos a opiáceos. Medicina Clínica 118(15):597-598, 2002.

Página de la autora: www.siicsalud.com/dato/dat030/02n15011a.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/dat030/02n15011.htm

Resumen

La respuesta a los fármacos puede modificarse por las interacciones que éstos establecen con otros fármacos o con las drogas de abuso. Por ello se revisan las interacciones de los antipsicóticos con las drogas de abuso, dado su frecuente uso en las personas dependientes de sustancias. En dependientes de cocaína se precisan dosis mayores de antipsicóticos clásicos y mayor uso de anticolinérgicos, con mayor riesgo de efectos extrapiramidales. En dependientes de opiáceos se necesitan menores dosis durante el consumo o tratamiento con agonistas. En consumidores de cannabis, los antipsicóticos potencian el efecto anticolinérgico. Los dependientes del alcohol presentan menos efectos extrapiramidales agudos y mayor riesgo de discinesia tardía. Los consumidores de tabaco precisan dosis mayores de antipsicóticos clásicos y en la abstinencia tienen mayor riesgo de extrapiramidalismo.

Introducción

Es importante considerar las interacciones de los antipsicóticos con las drogas de abuso (heroína, cocaína, alcohol, cannabis, tabaco) dada su elevada utilización entre los dependientes de sustancias, ya sea por la existencia de un trastorno psicótico entre los adictos, la utilización de estos fármacos en el tratamiento de algunos consumos y en el control de diversos trastornos de conducta secundarios a trastorno mental orgánico o a trastornos de personalidad.

La adicción repercute negativamente en la psicosis. El consumo de estimulantes, cannabis o alcohol reactiva los síntomas psicóticos,^{1,2} altera el curso de la enfermedad con más presentaciones atípicas y sintomatología depresiva,^{1,3} empeora el pronóstico al incrementar los trastornos de conducta, la autoagresividad y la heteroagresividad,^{4,5} dificulta el tratamiento, con un mayor grado de incumplimiento terapéutico y un aumento del número de hospitalizaciones.^{6,7} Los esquizofrénicos con dependencia de sustancias concomitante presentan mayor utilización de los servicios sanitarios, más altas voluntarias, peor cumplimiento del tratamiento antipsicótico⁸ y más recaídas.⁹ Presentan, además, marcada sensibilidad a los efectos de estas sustancias psicoactivas y manifiestan síntomas sustanciales de intoxicación incluso con pequeñas cantidades de alcohol, cannabis o estimulantes.¹⁰

Por ello el consumo de drogas constituye una de las mayores complicaciones de los trastornos psicóticos, y su tratamiento en sujetos con trastorno por abuso de sustancias es uno de los retos que tienen planteados los dispositivos asistenciales.¹¹ El tratamiento farmacológico de los trastornos asociados al abuso de sustancias con síntomas psicóticos es en líneas generales semejante al que se realiza en los trastornos sin abuso de sustancias.¹² Como norma, en todo cuadro psicótico se deben prescribir fármacos antipsicóticos, en dosis terapéuticas. En principio no está contraindicado ningún psicofármaco, aunque su uso en los pacientes duales requiere considerar las posibles interacciones a nivel farmacocinético y farmacodinámico con las drogas de abuso o con otros fármacos que reciban éstos en comparación con los pacientes esquizofrénicos no consumidores de sustancias.^{9,13}

Los efectos secundarios más frecuentes en las medicaciones antipsicóticas clásicas de alta potencia consisten en efectos extrapiramidales (parkinsonismo, distonía aguda, acatisia, discinesia tardía) y en efectos anticolinérgicos (hipotensión, sequedad de mucosas, estreñimiento, retención urinaria, alteraciones de la acomodación visual) con los antipsicóticos clásicos de baja potencia. Entre los antipsicóticos clásicos se recomienda utilizar neurolépticos de alta potencia, porque producen menor hipotensión ortostática, taquicardia, sedación y efectos anticolinérgicos que pueden potenciarse por algunas drogas como cannabis y cocaína.¹⁴

Los efectos secundarios más frecuentes de la clozapina son agranulocitosis, sedación y aumento de peso. Los nuevos antipsicóticos producen menos efectos extrapiramidales, con menor acatisia, pero causan importante ganancia de peso. La olanzapina produce pocos efectos adversos, los más frecuentes son sequedad de boca, sedación y aumento del apetito y de peso.¹⁵ Comparada con la risperidona, la olanzapina causa mayor ganancia de peso pero menor hiperprolactinemia.¹⁶ Los efectos secundarios asociados a la risperidona en dosis bajas son escasos a nivel motor, pero en dosis elevadas presenta distinto perfil de efectos secundarios, con mayor riesgo de producir síntomas extrapiramidales.¹⁷ A estas dosis, la risperidona produce más acatisia y otros efectos extrapiramidales que la olanzapina y quienes la toman precisan con frecuencia fármacos anticolinérgicos.¹⁸

Todos los antipsicóticos, con más frecuencia los de alta potencia, pueden provocar un síndrome neuroléptico maligno, efecto raro pero muy grave. Aunque los efectos secundarios de los nuevos antipsicóticos a nivel extrapiramidal son menores que los de los antipsicóticos clásicos, no son fármacos inocuos; así, se describió la aparición de síndrome neuroléptico maligno tras la utilización de clozapina, risperidona y olanzapina.¹⁹⁻²¹ El riesgo de producir discinesia tardía es mucho menor con los antipsicóticos atípicos que con los clásicos.²²

Deben evitarse las dosis muy elevadas (megadosis) de neurolépticos, pues la acatisia u otros efectos adversos pueden llevar al adicto a consumir como forma de controlar estos

Tabla 1. Utilización de antipsicóticos en sujetos con trastorno por abuso de sustancias con síntomas psicóticos.

<ul style="list-style-type: none"> ■ En dependientes de cocaína: <ul style="list-style-type: none"> Dosis mayores de antipsicóticos clásicos Más alteraciones motoras Mayor riesgo de discinesia tardía Mayor frecuencia de uso de anticolinérgicos Mayor riesgo de abuso de anticolinérgicos El haloperidol refuerza la acción de la cocaína ■ En dependientes de opiáceos <ul style="list-style-type: none"> Puede desencadenarse SAO por haloperidol o risperidona Recidiva de sintomatología psicótica por alfa-2-agonistas Menor dosis durante el consumo o con tratamiento con agonistas ■ En consumidores de cannabis <ul style="list-style-type: none"> Potenciación del efecto anticolinérgico ■ En dependientes de alcohol <ul style="list-style-type: none"> Menos efectos extrapiramidales agudos Mayor riesgo de discinesia tardía ■ En consumidores de tabaco <ul style="list-style-type: none"> Dosis mayores de antipsicóticos clásicos Disminución de efectos sedantes Riesgo de extrapiramidalismo en la abstinencia de tabaco

síntomas, además de favorecer el incumplimiento del tratamiento. Por ello se utilizan con mucha frecuencia los antiparkinsonianos, a pesar de que estos fármacos pueden convertirse en droga de abuso, dado que parecen mejorar algunos síntomas negativos y poseen efecto euforizante.²³

Los *psicóticos que consumen cocaína* precisan dosis mayores de antipsicóticos clásicos,^{24,25} a la vez que necesitarán con mayor frecuencia el uso de anticolinérgicos que disminuyan el riesgo de alteraciones motoras, más frecuentes entre ellos. Aunque algunos encuentran que el abuso crónico de cocaína no es un riesgo de parkinsonismo en quienes reciben terapia antipsicótica a largo plazo,²⁶ en general se acepta que sí aumenta el riesgo de producirse distonía aguda por neurolepticos,²⁷ al igual que aumenta el riesgo de discinesia tardía.²⁸

Los antipsicóticos clásicos parecen provocar de forma aguda disminución de los efectos de las drogas estimulantes, pero a largo plazo pueden reforzar el consumo de dichas sustancias.²⁹ El mecanismo por el que se produce este aumento de la respuesta a la cocaína, probablemente esté en relación con el aumento de los receptores postsinápticos de dopamina secundario al tratamiento con neurolepticos. Por el contrario, se describió cómo la clozapina, la olanzapina y la risperidona³⁰⁻³² disminuyen el deseo de consumo en consumidores de cocaína. Sin embargo, hay discrepancia sobre estos efectos.

En los *dependientes de opiáceos*, los neurolepticos clásicos de alta potencia, como el haloperidol, y otros atípicos, como la risperidona en dosis altas, pueden desencadenar un síndrome de abstinencia a opiáceos (SAO) al inicio del tratamiento antipsicótico, por lo que se recomienda el uso de antipsicóticos atípicos.^{33,34} Durante el tratamiento de la abstinencia de opiáceos, los fármacos alfa-2-agonistas pueden producir un incremento de la inquietud y, cuando se retiran, inducir una recidiva de la sintomatología psicótica. Por ello, al realizar la desintoxicación en psicóticos dependientes de opiáceos es preferible utilizar antipsicóticos y benzodiazepinas. Los programas de mantenimiento con agonistas son los indicados en los psicóticos con consumo de opiáceos. En los pacientes con metadona y sintomatología psicótica es posible incrementar la dosis de metadona para utilizar su efecto antipsicótico,³⁵ además de añadir neurolepticos o incrementar la dosis de éstos.³³

Pueden ser relevantes los efectos anticolinérgicos del cannabis en la efectividad de los antipsicóticos, ya que esa sustancia revierte algunos de los efectos de los fármacos, provocando mejoría en la

actividad general de estos pacientes.³⁶ Por ello debe evitarse el uso de anticolinérgicos en los consumidores de esta sustancia.

Los *dependientes de alcohol* parecen presentar menos efectos extrapiramidales agudos en comparación con los no dependientes y precisar dosis menores de antipsicóticos clásicos. Sin embargo, el consumo de alcohol puede ser un factor de riesgo para la discinesia tardía.²⁸

Los *fumadores de tabaco* y los *consumidores de cafeína* pueden requerir mayores dosis de antipsicóticos.³⁷ El tabaco mejora la función cognitiva de la esquizofrenia y los déficit inducidos por antipsicóticos clásicos como el haloperidol, lo que puede potenciar su uso en los pacientes que los toman.³⁸ Por otra parte, el tabaco puede disminuir los efectos sedantes y la hipotensión producida por la clorpromacina,³⁹ además de disminuir sus efectos extrapiramidales.⁴⁰ Algunos autores recomiendan precaución con la supresión brusca del tabaco, dado que los fumadores suelen usar más dosis de neurolepticos y tienen menos extrapiramidalismo³⁷ y la abstinencia de tabaco puede conducir a un aumento del extrapiramidalismo.⁴⁰ Sin embargo, el uso de antipsicóticos atípicos puede favorecer el descenso del consumo de tabaco, por bloquear los efectos de la nicotina o por incrementar los niveles plasmáticos de nicotina mediante una interacción farmacocinética.⁴¹

Por ello, en el tratamiento de la psicosis en los consumidores de estimulantes y de alcohol deben utilizarse antipsicóticos clásicos en dosis más elevadas de las habituales y el uso de fármacos anticolinérgicos se realiza con mayor frecuencia que entre los no adictos.^{25,27} Los adictos a opiáceos y estimulantes presentan hipersensibilidad a diversos efectos secundarios de los neurolepticos, como la acatisia.

Los factores antes señalados —efectos extrapiramidales, necesidad de antiparkinsonianos, potenciación del efecto de euforizantes, etc.— potenciaron en pacientes con patología dual la utilización de antipsicóticos atípicos como olanzapina, risperidona o quetiapina.⁴² La buena tolerancia y perfil de escasos efectos secundarios en dosis clínicamente eficaces de los antipsicóticos atípicos los convierten en fármacos de primera elección en el tratamiento de estos pacientes, dentro de las características diferenciadoras de cada fármaco.

La autora no manifiesta “conflictos de interés”.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2006



Más información en www.sicsalud.com
dirección de correspondencia y bibliografía completa.

Bibliografía

1. Stowell RJ. Dual diagnosis issues. *Psychiatr Ann* 1991; 21: 98-104.
2. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264: 2511-8.
3. Weller MP, Ang PC, Latimer-Sayer DT, Zachary A. Drug abuse and mental illness. *Lancet* 1988; 1: 997.
4. Brady KT, Anton R, Ballanger JC, Lydiard RB, Adinoff B, Selander J. Cocaine abuse among schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1164-7.
5. Dixon L, Haas G, Weiden PJ, Sweeney J, Frances AJ. Drug abuse in schizophrenic patients: Clinical correlates and reasons for use. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 224-30.
6. Shaner A, Khalsa ME, Roberts L, Wilkins J, Anglin D, Hsieh S. Unrecognized cocaine use among schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 758-62.
7. Chouhjian TL, Shumway M, Balancio E, Valdes E, Surber R. Substance use among schizophrenic outpatients: prevalence, course, and relation to functional status. *Annals Clinical Psychiatry* 1995; 7: 19-24.
8. Brunette MF, Mueser KT, Xie H, Drake RE. Relationship between symptoms of schizophrenia and substance abuse. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 13-20.
9. Buckley PF. Substance abuse in schizophrenia: a review. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl 3: 26-30.
10. Arias F, Padin JJ, Fernandez-Gonzalez MA. Consumo y dependencia de drogas en la esquizofrenia. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1997; 25(6): 379-89.

2 - Diferencias de Sexo en la Esquizofrenia



Judith Usall i Rodié

Columnista Experta

Sociedad Iberoamericana de Información Científica

Función que desempeña: Psiquiatra Adjunta. Centro de Salud Mental "El prat de Llobregat", Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental, Barcelona, España.

Otro trabajo de su autoría: Sintomatología y género en la esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría* 28(4), 2000.

(*) 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.siicalud.com/dato/dat021/00n29013.htm

Resumen

La esquizofrenia es una enfermedad psicótica crónica que tiene una considerable heterogeneidad en su presentación clínica y pronóstico. El estudio de las diferencias de sexo en la esquizofrenia ha adquirido relevancia en estas dos últimas décadas. Estudios recientes cuestionaron la idea clásica de que la incidencia y la prevalencia de la esquizofrenia no mostraban diferencias entre hombres y mujeres. Respecto del inicio de la enfermedad, la mayoría de los estudios encuentran que es más temprano en los hombres. Además, la mayoría de los trabajos sugieren que las mujeres presentan mejor funcionamiento premórbido y, especialmente en seguimientos a corto plazo, un curso más favorable. Aunque los estudios sobre diferencias clínicas de sexo muestran resultados heterogéneos, la diferencia más replicada es la existencia de una mayor gravedad de los síntomas negativos en hombres. Los trabajos sobre la respuesta al tratamiento, tanto farmacológico como psicosocial, también indican diferencias entre mujeres y hombres.

Mientras que los estudios neuropsicológicos no son concluyentes al respecto, los de neuroimágenes parecen apuntar a la existencia de diferencias tanto de morfología como de función cerebral. La mayoría de los estudios que examinaron la relación entre riesgo familiar de la enfermedad y sexo encontraron mayor riesgo en familiares de mujeres que de hombres con esquizofrenia.

La relación entre sexo e incidencia de complicaciones obstétricas así como entre sexo y exposición al virus influenza durante el segundo trimestre de gestación son temas controvertidos.

En un trabajo realizado por nuestro equipo, en Barcelona, estudiamos las diferencias de sexo clínicas y de funcionamiento social en una muestra de 239 pacientes ambulatorios con esquizofrenia y hallamos que las mujeres tenían un mejor funcionamiento social a pesar de no existir diferencias sintomatológicas significativas entre los dos sexos.

El estudio de las diferencias de sexo tiene un interés tanto teórico (ayudar a profundizar en la comprensión de la enfermedad) como práctico (mejorar los abordajes terapéuticos).

Diferencias de sexo en la esquizofrenia

La esquizofrenia, prototipo de las psicosis, es una enfermedad mental grave que afecta a alrededor del 1% de la población general. Tiene inicio, habitualmente, en la adolescencia o la juventud y se caracteriza por una alteración del juicio de la realidad con déficit cognitivos, alteraciones del pensamiento, alteraciones senso-perceptivas y una afectividad aplanada o inapropiada. Durante la evolución de este trastorno se produce, en mayor o menor grado, un deterioro del funcionamiento social y familiar. Tanto la práctica clínica como la investigación revelan que la esquizofrenia tiene una considerable heterogeneidad en su presentación clínica y pronóstico, por lo que podría tratarse, en realidad, de un grupo de enfermedades.

Las diferencias de sexo en la esquizofrenia fueron ya señaladas por Kraepelin;¹ sin embargo, no fue sino hasta estas dos últimas décadas que el estudio del sexo tuvo importancia relevante en las investigaciones llevadas a cabo sobre la enfermedad. Actualmente, los estudios que de forma específica se centran en identificar el papel del sexo en la etiología y el curso de la esquizofrenia son cada vez más numerosos.

A continuación, se revisarán, de forma resumida, los datos más importantes que actualmente se conocen sobre las diferencias de sexo en la esquizofrenia.²

Incidencia y prevalencia

Históricamente se aceptaba que la incidencia y la prevalencia de la esquizofrenia no mostraban diferencias entre hombres y

mujeres.^{3,4} Estudios más recientes, sin embargo, sugieren que existen diferencias de sexo en el riesgo de padecer la enfermedad. Dos ensayos con muestras comunitarias que estudiaron la incidencia de esquizofrenia teniendo en cuenta la variable sexo son el de Sartorius y col.,⁵ que encontró un relación hombre/mujer que oscilaba entre 1.22 y 1.8, y el de Iacono y Beiser,⁶ que halló una relación de 2.65 a 3.47. Castle y col.,⁷ en su estudio sobre registro de casos, utilizando criterios DSM-III-R, hallaron un relación de 1.34. Otro estudio sobre registro de casos,⁸ sin embargo, no encontró diferencias en la incidencia de esquizofrenia entre hombres y mujeres. En un estudio realizado en una muestra hospitalaria,⁹ la relación hombre/mujer resultó ser de 1.36 (no significativa). Waddington y Youssef¹⁰ encontraron evidencias de una disminución del riesgo de esquizofrenia en una zona rural de Irlanda a lo largo de 50 años; la disminución parecía tener lugar de forma más prominente en mujeres (-56%) que en hombres (-19%).

Los estudios de prevalencia hallan, en general, una menor relación hombre/mujer que los de incidencia. En un estudio realizado sobre población general con criterios DSM-III-R no se encontraron diferencias de género significativas en la prevalencia durante un año (relación hombre/mujer de 1.2).¹¹ Un estudio sobre muestra hospitalaria halló una proporción mayor (1.5).¹² En un estudio epidemiológico familiar realizado en Irlanda por Kendler y Walsh, el *Roscommon Family Study*,¹³ los resultados mostraron una mayor prevalencia durante la vida en hombres que en mujeres.

Edad de inicio

La diferencia en la edad de inicio (hombres, 18 a 25 años; mujeres, 25 a 35) es el hallazgo más replicado en los estudios sobre diferencias de sexo en la esquizofrenia.¹⁴⁻¹⁸ Este hallazgo ha sido replicado en diversas culturas⁵ y utilizando diversos sistemas diagnósticos. Además, las mujeres, a diferencia de los hombres, presentan otro pico de inicio de la enfermedad a partir de los 40 años.⁷ Estudios realizados más recientemente sugieren que las diferencias en la edad de inicio aparecen solamente en los casos con trastorno esquizofrénico no familiar, pero no en los casos de esquizofrenia familiar.¹⁹⁻²¹

Funcionamiento premórbido

La mayoría de los trabajos que utilizaron la variable sexo al estudiar el funcionamiento premórbido encontraron déficit más graves en hombres que en mujeres.²²⁻²⁵ La escala *Premorbid Adjustment Scale* (PAS)²⁶ fue utilizada por Childers y Harding²⁷ en una muestra de pacientes crónicos, y por Larsen y col.²⁸ en enfermos con un primer episodio de esquizofrenia, para medir las

diferencias de sexo en el funcionamiento premórbido. Los resultados mostraron un mejor ajuste premórbido en mujeres y además se halló una asociación entre peor ajuste premórbido, inicio insidioso y síntomas negativos.

Curso de la enfermedad

Angermeyer y col.²⁹ realizaron una revisión de las publicaciones que estudiaron los efectos del sexo en el curso de la esquizofrenia utilizando medidas específicas, tanto clínicas (días de ingreso, número de recaídas, síntomas durante el seguimiento) como sociales (adaptación global social, situación laboral). La mitad de los estudios revisados mostraba un efecto del sexo significativo y, en casi todos, las mujeres tenían mejor pronóstico que los hombres. La existencia de un mejor pronóstico a corto plazo es un dato bien contrastado.^{23,30-33} Las diferencias encontradas en el curso de la enfermedad, sin embargo, parecen atenuarse con el tiempo, ya que no se halló un mejor pronóstico en las mujeres con esquizofrenia en estudios de seguimiento a largo plazo (más de diez años).^{29,34,35}

Sintomatología

Los primeros estudios que examinaron las diferencias de sexo en la sintomatología de la esquizofrenia sugerían diferencias entre hombres y mujeres.^{36,37} Las diferencias más frecuentemente descritas eran que las mujeres presentaban más síntomas afectivos y menos síntomas negativos. Por otro lado, los hombres presentaban mayor comorbilidad en abuso de sustancias, conductas antisociales y riesgo de suicidio. Algunos de estos estudios adolecían de importantes problemas metodológicos. Uno de los más importantes era el de la variabilidad en los criterios diagnósticos utilizados. Los resultados de estudios más recientes que examinan las diferencias clínicas dan resultados más contradictorios. Mientras que algunos^{25,38} encuentran mayor gravedad en síntomas negativos en hombres, otros no encuentran diferencias.^{39,40} Andia y col.⁴¹ hallaron un mayor porcentaje de mujeres con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Lindamer y col.⁴² investigaron las diferencias clínicas de sexo en una muestra de enfermos de más de 45 años. Entre los resultados del estudio destacaban la existencia de mayor gravedad en síntomas positivos en mujeres y que la edad de inicio se correlacionaba inversamente con la gravedad de los síntomas negativos en las mujeres, pero no en los hombres.

Respuesta al tratamiento

El mejor curso de la enfermedad en las mujeres podría ser explicado, en parte, por las diferencias en la respuesta al tratamiento. Los estudios realizados sugieren que existen efectos diferenciales sexuales en variables farmacocinéticas de los neurolépticos, como absorción, biodisponibilidad, distribución y metabolismo hepático,^{43,44} y que las mujeres alcanzan niveles superiores de fármaco en sangre.⁴⁵ También se demostraron valores más altos de prolactina y ácido homovanílico en sangre en mujeres respecto de hombres, en tratamiento neuroléptico.^{17,45} La mayor elevación de la prolactina en mujeres sugiere más alta sensibilidad al bloqueo del receptor de la dopamina por los neurolépticos, posiblemente debida al efecto antidopaminérgico de los estrógenos.⁴⁶ La mayor parte de los estudios efectuados sobre diferencias de respuesta al tratamiento fueron realizados con los antipsicóticos típicos o de primera generación, y sugieren que las mujeres jóvenes requieren dosis más bajas de medicación que los hombres,^{17,43} mientras que las mujeres posmenopáusicas requieren dosis más elevadas que los hombres.⁴⁷ Una de las posibles explicaciones de estas diferencias son los cambios en los niveles de estrógenos.⁴⁸ Además, numerosos estudios encuentran que las mujeres muestran una respuesta más rápida y con un índice de respuesta más elevado.^{17,29,39,47,49} Se realizaron pocos estudios con los antipsicóticos atípicos, pero parece que las diferencias de sexo son menos relevantes.

Algunos estudios sugirieron que las mujeres respondían peor a la clozapina que los hombres.^{50,51} Pero estos estudios se llevaron a cabo en pacientes refractarios. Perry no encontró diferencias con clozapina.⁵² Los efectos secundarios también parecen

manifestarse con diferente frecuencia en hombres y mujeres. Las mujeres parecen tener más riesgo de agranulocitosis por clozapina,⁵³ experimentan más efectos extrapiramidales⁵⁴ y las posmenopáusicas presentan mayor prevalencia de discinesia tardía.⁵⁵ Las diferencias en la respuesta al tratamiento pueden ser debidas a otros factores no propiamente farmacológicos que es necesario tener en cuenta. El tabaco puede aumentar los niveles de antipsicóticos en plasma. Goff⁵⁶ encontró que los hombres esquizofrénicos fumaban más (85%) que las mujeres esquizofrénicas (47%) y que los pacientes de ambos sexos que fumaban recibían dosis más altas de antipsicóticos. Salokangas⁵⁷ encontró que las dosis diarias de antipsicóticos aumentaban con la edad en pacientes fumadores, pero disminuían en no fumadores, sin efecto del sexo en las dosis.

El cumplimiento farmacológico es otro factor que puede influir en las diferencias halladas. Diversos estudios encuentran que los hombres son menos cumplidores.^{58,59} Otros no encuentran diferencias.⁶⁰ Todos estos datos inducen a pensar que las dosis de neurolépticos que se utilizan habitualmente, y que se basan en estudios realizados en pacientes masculinos, pueden ser demasiado elevadas para las mujeres con esquizofrenia y así conllevar más efectos secundarios y toxicidad en pacientes mujeres.⁶¹ Se realizaron pocos estudios que analicen las diferencias de sexo en la respuesta a tratamientos psicosociales. Los resultados de los estudios de Haas y col.⁶² y Davis y col.⁶³ sugieren mejor respuesta de las mujeres y sus familias a los tratamientos psicosociales familiares. Los hombres, por el contrario, parecen obtener mejor rendimiento al entrenamiento en habilidades sociales que las mujeres.^{64,65} Hien⁶⁶ también encontró que las mujeres y los hombres responden de forma diferente a las diversas opciones de psicoterapia. Estos resultados, aunque preliminares, sugieren que el tratamiento psicosocial de la esquizofrenia también debe tener en cuenta la variable sexo.⁶⁷

Funciones neuropsicológicas

La existencia de diferencias de sexo en las funciones neuropsicológicas de pacientes con esquizofrenia es controvertida. Las investigaciones que se ocupan de estudiar, de forma específica, las posibles diferencias son muy recientes y muestran gran variabilidad en sus resultados. Varios estudios indicaron que los enfermos varones parecen tener más alteraciones que las enfermas en atención sostenida, lenguaje, funciones ejecutivas e inteligencia.⁶⁸⁻⁷⁰ Sin embargo, otros estudios no encontraron diferencias de sexo significativas en las funciones cognitivas entre enfermos,^{39,71-73} y otros hallaron mayores déficit en mujeres esquizofrénicas.^{74,75}

Neuroimágenes

Las técnicas de neuroimágenes cerebrales han sido utilizadas para estudiar, de forma específica, las diferencias de género, estructurales y funcionales, en enfermos con esquizofrenia. Los resultados obtenidos son variables y controvertidos. Varios estudios con resonancia magnética (RM) sugirieron que el aumento del tamaño ventricular hallado en los enfermos esquizofrénicos es más predominante en los enfermos varones.^{76,77} Otros estudios, menos numerosos, encontraron resultados contrarios: las mujeres con esquizofrenia tenían aumento del tamaño ventricular, comparadas con las mujeres sanas, mientras que en los enfermos varones no se encontraban diferencias significativas en comparación con los hombres sanos.⁷⁸ Otro hallazgo frecuente es la existencia de un mayor número de anomalías estructurales en enfermos varones;^{77,79} las más frecuentemente descritas son las localizadas en el cuerpo calloso.⁸⁰ También se analizaron las alteraciones del lóbulo temporal en función del sexo. Los estudios muestran resultados heterogéneos. Mientras algunos^{81,82} hallaron una disminución en el volumen total del lóbulo temporal izquierdo en hombres con esquizofrenia, pero no en mujeres con esquizofrenia, otros, sin embargo, no encontraron diferencias.⁸³ Por lo que respecta a los estudios de neuroimágenes funcionales, se realizaron pocos trabajos que investiguen las diferencias de sexo en enfermos esquizofrénicos. Gur y Gur⁸⁴ encontraron que las mujeres

esquizofrénicas mostraban muy pocos cambios en el flujo sanguíneo cerebral al pasar del estado de reposo al de realización de tareas verbales y espaciales. Los hombres con esquizofrenia y los controles (hombres y mujeres), por el contrario, mostraban mayor incremento en las mismas condiciones. A pesar de la heterogeneidad de los resultados, se podría concluir que, cuando se encuentran diferencias de sexo, los hallazgos más frecuentes muestran mayor divergencia neuroanatómica en los hombres esquizofrénicos que en las mujeres esquizofrénicas, con respecto a los controles. Las anomalías, además, aparecen lateralizadas en el hemisferio izquierdo.⁸⁵

Riesgo familiar

La mayoría de los estudios que examinaron, de forma específica y utilizando criterios DSM-III, el riesgo familiar de esquizofrenia según el sexo hallaron un riesgo familiar significativamente más elevado para la esquizofrenia en mujeres que en hombres esquizofrénicos.⁸⁶⁻⁸⁸ Kendler y Walsh,¹³ sin embargo, hallaron resultados discordantes.

Algunos de los autores citados estudiaron también la posible asociación entre edad de inicio, riesgo familiar y sexo. Los resultados de Pulver y col.⁸⁹ mostraron que los familiares de varones esquizofrénicos con una edad de inicio menor de 17 años tenían un riesgo significativamente mayor de esquizofrenia, comparados con los familiares de los enfermos con una edad de inicio igual o mayor de 17 años. No encontraron, sin embargo, asociación entre edad de inicio de esquizofrenia y riesgo familiar en mujeres esquizofrénicas. Otros estudios,^{88,90} por el contrario, no encontraron interacción entre edad de inicio, riesgo familiar y sexo.

En estudios más recientes, Goldstein y col.⁹¹ hallaron que los familiares de hombres probandos tenían más riesgo de presentar afecto aplanado (sin ningún diagnóstico psiquiátrico) que los familiares de mujeres probandos, y sugirieron que los genes de la esquizofrenia podían ser expresados de forma diferente en familiares de hombres y mujeres esquizofrénicos.

Historia obstétrica

Los estudios citados en el apartado anterior apuntan a que los hombres presentan con más frecuencia que las mujeres una forma de esquizofrenia esporádica o no familiar. Es interesante analizar si existen además diferencias de sexo en la incidencia de complicaciones obstétricas. Los resultados obtenidos son poco claros. Algunos estudios hallaron más complicaciones obstétricas en hombres.^{92,93} Sin embargo, otros autores no encontraron diferencias de sexo^{94,95} y otros hallaron más complicaciones obstétricas en mujeres.⁹⁶ Las complicaciones obstétricas parecen asociarse a un inicio más temprano⁹⁷ y peor curso de la enfermedad⁴⁸ y también a alargamiento ventricular.⁹⁸ Gureje,⁹⁹ en un estudio reciente, encontró que las mujeres con una edad de inicio temprana habían tenido con más frecuencia complicaciones obstétricas que las mujeres con una edad de inicio tardía, mientras que los hombres de edad de inicio temprana y tardía habían presentado complicaciones obstétricas con una frecuencia similar.

La asociación entre la exposición al virus influenza durante el segundo trimestre de gestación y la esquizofrenia es un hallazgo bastante contrastado.^{100,101} Los estudios que examinaron esta cuestión teniendo en cuenta el sexo hallaron resultados dispares: unos encontraron que la asociación es mayor en mujeres,^{102,103} otros no hallaron diferencias.^{100,104}

Diferencias de sexo clínicas y de pronóstico en pacientes ambulatorios con esquizofrenia

Nuestro equipo realizó un estudio en el cual se analizaron las posibles diferencias de sexo en la sintomatología y la función social de una muestra amplia y representativa de pacientes ambulatorios con esquizofrenia.^{105,106} Nos centramos en examinar las diferencias sintomatológicas, dado que es uno de los aspectos de las diferencias de sexo más controvertidos. También quisimos contrastar, en una muestra amplia, la hipótesis de un mejor funcionamiento social en mujeres.

Método

Se seleccionaron de forma aleatorizada 239 pacientes ambulatorios afectados de esquizofrenia (criterios de DSM-IV) entre los que habían recibido tratamiento psiquiátrico durante al menos los seis meses previos al inicio del estudio, en cinco centros de Salud Mental. Los cinco centros pertenecen a Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental, y están ubicados en diversas poblaciones del área metropolitana de Barcelona. La población total que atienden es de 439 316 habitantes. Se obtuvo el consentimiento de los pacientes o familiares. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: 1) diagnóstico principal de esquizofrenia según criterios DSM-IV; 2) edad entre 18 y 65 años; 3) sin diagnóstico principal de abuso de alcohol o tóxicos; 4) sin diagnóstico principal de retraso mental; 5) sin antecedentes de enfermedad neurológica o traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia prolongada. La información sobre datos demográficos (edad, sexo, estado civil, empleo y tipo de convivencia), la edad de inicio definida como la edad en que aparecieron los primeros síntomas psicóticos y el diagnóstico del subtipo de esquizofrenia según DSM-IV fueron obtenidos en la entrevista con el paciente y la familia y a través de la historia clínica. El funcionamiento social se evaluó por medio de: a) variables demográficas: estado civil, vida independiente, situación laboral; b) la escala de evaluación de la actividad global (EEAG) del DSM-IV, y c) la escala de la OMS *Disability Assessment Scale* (DAS).¹⁰⁷ Los síntomas psicóticos se evaluaron con la versión española de la PANSS.¹⁰⁸ Para comparar el subgrupo de mujeres y hombres de nuestra muestra se emplearon las pruebas de chi cuadrado (para las comparaciones de variables categóricas) y la t de Student (para las continuas). El mínimo nivel de significación exigido fue de $p < 0.05$.

Resultados

Del total de 239 pacientes, 86 eran mujeres y 153 hombres. La relación mujer/hombre fue de 1/2. La distribución de nuestra muestra, con el doble de hombres que de mujeres, coincide con la encontrada en muchos estudios sobre diferencias de sexo en esquizofrenia.¹⁰⁹ El *Roscommon Family Study*, un estudio epidemiológico familiar, halló también una mayor prevalencia de esquizofrenia en hombres.¹³ Por tanto, la distribución por sexo de nuestra muestra parece ser representativa de la población general con esquizofrenia.

Las características demográficas y clínicas de nuestra muestra fueron las siguientes: la edad media de las mujeres era superior a la de los hombres (44 años, las mujeres, y 36, los hombres, $p < 0.001$). La edad de inicio de la enfermedad fue más temprana en hombres (23 años; DE = 10) que en mujeres (26 años; DE = 10) ($p < 0.05$). El hallazgo de un inicio de la enfermedad más temprano en hombres coincide con la mayoría de estudios previos.^{14,15} Los años de evolución eran superiores en las mujeres (20 años) que en los hombres (15 años) ($p < 0.005$).

Respecto de las variables clínicas no se encontraron diferencias en el subtipo de esquizofrenia. No se hallaron, tampoco, diferencias significativas ni en la puntuación de la PANSS total, ni en las puntuaciones diferenciadas por las tres subescalas.

Cuando se compararon los síntomas de forma aislada, solamente el ítem "grandiosidad" puntuó más alto de forma significativa ($p < 0.05$) en hombres que en mujeres. Nuestros resultados coinciden con otros estudios que utilizaron la PANSS para evaluar los síntomas esquizofrénicos. Lindström,³⁹ en una muestra de 140 pacientes no medicados con una proporción mayor de hombres (102/38), pero que tenía una edad media y años de evolución parecidos a la nuestra, no encontró diferencias clínicas.

Addington⁴⁰ evaluó los síntomas en el momento de la recaída y en el de la remisión, en una muestra de pacientes crónicos ingresados por una reagudización esquizofrénica (con una edad media de la muestra y una proporción hombre/mujer parecidas a las de nuestro estudio), y no encontró diferencias. Sin embargo, su estudio sólo incluyó pacientes que habían recaído.

Respecto de los resultados sobre funcionamiento social, tanto los datos obtenidos a través de variables sociodemográficas como

de las puntuaciones de las escalas indicaron un mejor funcionamiento social. Las mujeres estaban casadas y vivían de forma independiente con más frecuencia que los hombres. El porcentaje de hombres que percibían la invalidez era mucho mayor que el de las mujeres. Como la utilización de variables sociodemográficas para medir el funcionamiento social presenta importantes limitaciones, consideramos que la utilización de escalas podía ofrecer resultados más fiables. Aunque las puntuaciones de la EEAG tendían a ser mayores en mujeres, no se encontraron diferencias significativas. Por lo que respecta a los resultados de la escala de discapacidad (DAS), los hombres puntuaban más en la escala de discapacidad que las mujeres, tanto a nivel global como en la subescala de discapacidad ocupacional y en la personal. Nuestros resultados coinciden con los hallados por Vázquez-Barquero y col.,¹¹⁰ que también utilizaron la DAS en un estudio de seguimiento a tres años de 86 pacientes con un primer episodio de esquizofrenia y concluyeron que ser hombre estaba asociado a un peor pronóstico de esquizofrenia.

Conclusiones del estudio

En nuestra muestra de pacientes ambulatorios con esquizofrenia hallamos que las mujeres tenían mejor funcionamiento social que los hombres, a pesar de ser mayores, tener una historia de la enfermedad más prolongada y presentar una gravedad sintomatológica similar.

Conclusión e implicaciones

Los datos recogidos tanto en el trabajo de revisión como en nuestro estudio muestran que actualmente existen claras evidencias de que la esquizofrenia se expresa de forma diferente en mujeres y en hombres, por lo que respecta a edad de inicio, clínica y curso de la enfermedad. El hecho de que también en la epidemiología de la enfermedad, la transmisión genética y la neuroanatomía mujeres y hombres con esquizofrenia presenten diferencias hace pensar que éstas puedan tener implicaciones etiológicas.

Todas estas consideraciones apuntan a la necesidad de más estudios en este campo. Además, esto ayudaría a desarrollar tratamientos específicos en función del sexo y, por tanto, a un mejor abordaje de los pacientes y las pacientes con esquizofrenia.

La autora no manifiesta "conflictos de interés".

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2006



Más información en www.siicsalud.com
dirección de correspondencia y bibliografía completa.

Bibliografía

- Kraepelin E. *Psychiatrie*, 4th Edition. Leipzig. Germany, Barth, 1893
- Usall J; Busquets E; Araya S; Ochoa S; Gost A. Diferencias de género en la esquizofrenia. Una revisión de la literatura *Actas Esp Psiquiatr* 2000; 28(3): 178-185
- Flor-Henry P. Schizophrenia: sex differences. *Can J Psychiatry* 1985; 30: 319-322.
- Wyatt RJ, Alexander RC, Egan MF, Kirsh DG. Schizophrenia, just the facts: What we know, how well do we know it?. *Schizophr Res* 1988; 1: 3-18.
- Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, Day R. Early manifestations and first contact incidence of schizophrenia in different cultures. *Psych Medicine* 1986; 16: 909-928.
- Iacono WG, Beiser M. Are males more likely than females to develop schizophrenia? *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1070-1074.
- Castle DJ, Wessely S, Murray RM. Sex and schizophrenia: effects of diagnostic stringency and associations with premorbid variables. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 658-664.

- Hambrecht M, Riecher-Rössler A, Fätkenheuer B, Louzä MR, Häfner H. Higher morbidity risk for schizophrenia in males: Fact or fiction? *Compr Psychiatry* 1994; 35(1): 39-49
- Ring N, Tantam D, Montague L, Newby D, Black D, Morris J. Gender differences in the incidence of definite schizophrenia and atypical psychosis- focus on negative symptoms of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84 (6): 489-496.
- Waddington JL, Youssef HA. Evidence for a gender decline in the rate of schizophrenia in rural Ireland over a 50-year period. *Brit J Psychiatry* 1994; 164: 171-176.
- Youseff HA, Kinsella A, Waddington JL. Evidence for geographical variations in the prevalence of schizophrenia in rural Ireland. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 254-258.
- Bland RC, Orn H. Long term mental illness in Canada: an epidemiological perspective on schizophrenia and affective disorders. *Can J Psychiatry* 1984; 29: 242-246.
- Kendler KS, Walsh D. Gender and schizophrenia. Results of an Epidemiologically-based Family Study. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 184-192.
- Angermeyer MC, Kühn L. Gender differences in age at onset of schizophrenia: an overview. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1988; 237: 351-364.
- Goldstein JM, Tsuang MT, Faraone SV. Gender and schizophrenia: implications for understanding the nature of the disorder. *Psychiatry Res* 1989; 28: 243-253.
- Gureje G. Gender and schizophrenia: age at onset and sociodemographic attributes. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 83: 402-405.
- Szymanski S, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff D, Loebel A, Geisler S, Chakos M, Koreen A, Jody D, Kane J, Woerner M, Cooper T. Gender differences in onset of illness, treatment response, course and biological indexes in first episode schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 698-703.
- Castle D, Sham P, Murray R. Differences in distribution of ages at onset in males and females with schizophrenia. *Schizophr Res* 1998; 33(3):179-183.
- Albus M, Scherer J, Hueber S, Lechleruthner T, Kraus G, Zausinger S, Burkes S. The impact of familial loading gender differences in age at onset in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89:132-34.
- Alda M, Ahrens B, Lit W, Dvorakova M, Labelle A, Zvolosky P, Jones B. Age of onset in familial and sporadic schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 447-450.
- Hafner H, Maurer K, Löffler W, an der Heiden W, Munk-Jorgensen P, Hambrecht M, Riecher-Rössler A. The ABC Schizophrenia study: a preliminary overview of the results. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33(8): 380-386.
- Salokangas RKR. Prognostic implications of the sex of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1983; 142: 145-151.
- McGlashan TH, Bardenstein KK. Gender differences in affective, schizoaffective, and schizophrenic disorders. *Schizophr Bull* 1990;16(2): 319-329.
- Haas GL, Sweeney JA. Premorbid and onset features of first-episode schizophrenia. *Schizophr Bull* 1992;18: 373-386.
- Shtasel DL, Gur RE, Gallacher F, Heimberg C, Gur RC. Gender differences in the clinical expression of schizophrenia. *Schizophr Res* 1992; 7: 225-231.
- Cannon-Spoor HE, Potkin SG, Wyatt RJ. Measurement of premorbid adjustment in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull* 1982; 8(3): 470-484.
- Childers SE, Harding C. Gender, premorbid social functioning and long term outcome in DSM-III schizophrenia. *Schizophr Bull* 1990;16(2): 309-316.
- Larsen TK, McGlashan TH, Johannessen JO, Vibe-Hansen L. First-episode schizophrenia: II. Premorbid patterns by gender. *Schizophr Bull* 1996; 22(2): 257-269.
- Angermeyer MC, Kühn L, Goldstein JM. Gender and the course of schizophrenia: differences in treated outcomes. *Schizophr Bull* 1990; 16 (2): 293-307.
- Test MA, Burke SS, Wallisch LS. Gender differences of young adults with schizophrenic disorders in community care. *Schizophr Bull* 1990; 16(2): 331-344.
- Goldstein JM. Gender differences in the course of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1988;145(6): 684-689.
- Angermeyer MC, Goldstein JM, Kühn L. Gender differences in schizophrenia: Rehospitalization and community survival. *Psy chol Med* 1989; 19: 365-382.
- Doering S, Müller E, Köpcke W, Pietzcker A, Gaebel W, Linden M, Müller P et al. Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull* 1998; 24(1): 87-98.
- Eaton WW, Mortensen PB, Herrman H, Freeman H, Bilker W, Burgess Ph, Woof K. Long-term course of hospitalization for schizophrenia: Part I. Risk for rehospitalization. *Schizophr Bull* 1992; 18(2): 217-228
- Opjordsmoen S. Long-term clinical outcome of schizophrenia with special reference to gender differences. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 83: 307-313.
- Lewine RRR. Sex differences in schizophrenia: timing or subtypes? *Psychol Bull*. 1981; 90: 432-444.
- Walker E, Bettes BA, Kain EL, Harvey P. Relationship of gender and marital status with symptomatology in psychotic patients. *J Abnorm Psychol* 1985; 94: 42-50.
- Cowell PE, Kostianovsky DJ, Gur RC, Turetsky BI, Gur RE. Sex differences in neuroanatomical and clinical correlations in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 1996, 153(6): 799-805.

Papelnet SIIC

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

Las versiones completas de Papelnet SIIC pueden consultarse libremente, hasta el 30 de agosto de 2006 en las páginas de www.siic.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- Revisión de la teoría tridimensional de la personalidad: aplicación a los trastornos por abuso de sustancias



Claudio Gómez-Perretta de Mateo, Columnista Experto de SIIC
Institución: Unidad de Adicciones, Centro de Investigación, Hospital Universitario "La Fe", Valencia, España

Cloninger y col. (1987) formularon la hipótesis de una teoría tridimensional de la personalidad y diseñaron el cuestionario tridimensional de la personalidad (*Tridimensional Personality Questionnaire*) sobre la base de tres dimensiones independientes: buscador de novedad (BN), evitador de daño (ED) y dependencia de la recompensa (DR). El presente estudio comprende el estado actual de esta hipótesis que incluye diferencias individuales y heredadas en cada una de las dimensiones descritas. El polimorfismo del receptor D4 (exón III) acontece sólo para un pequeño porcentaje de la varianza de BN, lo que sugiere que otros genes adicionales pudieran influir tanto sobre BN como sobre otros temperamentos. La correlación entre BN y ED se describe principalmente en individuos que abusan del consumo de drogas y podría ser concordante con la correlación descrita entre comportamiento *acting out* y sintomatología depresiva. Además, cada sistema está compuesto por múltiples estructuras cerebrales y neurotransmisores relacionados con los estados de ansiedad y de humor, y trastornos de personalidad. Así, el principal hallazgo de este estudio es una relación positiva entre actividad serotoninérgica y ED en sujetos abstinentes y depresivos. En general, los individuos que abusan de sustancias muestran valores altos de BN y bajos de ED y DR, mientras que la baja persistencia se relaciona con sus frecuentes recaídas.

Artículo completo: www.siic.info/trabajosdistinguidos/saludmental/94/119.htm
Extensión aproximada: 8 páginas



b- Progresos de las propuestas de la comunidad médica sobre el uso de la marihuana



Wayne Hall, Columnista Experto de SIIC
Institución: Office of Public Policy and Ethics, Institute for Molecular Bioscience, University of Queensland, St. Lucia, Australia

Antecedentes: Se han apoyado las propuestas para el empleo de la marihuana como forma de permitir a los pacientes con sida, cáncer y esclerosis múltiple que la utilicen con fines medicinales. Esta revisión actualiza el resultado de estos proyectos en Australia, Estados Unidos, Países Bajos, Canadá y Reino Unido. *Método:* Revisión y síntesis de la bibliografía científica, publicaciones oficiales de los gobiernos, sitios de Internet gubernamentales y medios de publicación masivos sobre el estado actual de las propuestas o los proyectos para el uso medicinal de la marihuana en los países mencionados. *Conclusiones:* Los problemas identificados en la revisión anterior aún limitan el acceso de los pacientes a la marihuana. En los Estados Unidos, los esfuerzos del gobierno federal para anular las leyes estatales fueron avalados por la Corte Suprema, por lo cual los pacientes estuvieron en riesgo de ser llevados a juicio. En Canadá, el gobierno ofreció el suministro a los pacientes pero los médicos han sido reticentes a prescribirla. El estado australiano de Nueva Gales del Sur abandonó los esfuerzos tendientes a proveer marihuana medicinal mientras que el gobierno

del Reino Unido otorgó fondos para la realización de ensayos clínicos sobre el uso medicinal de la marihuana para la esclerosis múltiple, pero la droga aún no fue aprobada.



Artículo completo: www.siic.info/trabajosdistinguidos/saludmental/94/120.htm
Extensión aproximada: 7 páginas

c- Teorías evolucionistas de las esquizofrenias



Julio Sanjuan Arias, Columnista Experto de SIIC
Institución: Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Valencia, Valencia, España

La distribución universal de la esquizofrenia, asociada a la baja fertilidad de estos pacientes, plantea la paradoja de por qué no disminuye la prevalencia del trastorno. Se hace una revisión crítica de las hipótesis evolucionistas que intentaron resolver la cuestión. Algunas teorías postulan una ventaja fisiológica o social de la esquizofrenia. Otras analizan esta enfermedad desde el marco de la psicología evolucionista. Se destacan aquellas que buscan una asociación de los postulados darwinistas con datos genéticos o de neurodesarrollo. Se plantea finalmente una posibilidad de integración de los modelos evolucionistas y neuropsicológicos.



Artículo completo: www.siic.info/trabajosdistinguidos/saludmental/94/121.htm
Extensión aproximada: 15 páginas

d- La inhibición del comportamiento como precursora del trastorno de ansiedad: ¿cuál es la naturaleza del riesgo conferido?



Dina R. Hirshfeld-Becker, Columnista Experta de SIIC
Institución: Massachusetts General Hospital; Department of Psychiatry at the Harvard Medical School, Boston, EE.UU.

La inhibición del comportamiento (IC) representa la tendencia del temperamento a manifestar temor, reticencia y repliegue frente a hechos o situaciones novedosas. Se ha propuesto la hipótesis de que representa un precursor del temperamento del trastorno de ansiedad. Evaluamos la IC y la psicopatología en niños pequeños cuyos padres padecían sólo trastorno de angustia (n = 22), trastorno de angustia asociado a depresión mayor (n = 129), sólo depresión mayor (n = 49) o ningún trastorno del estado de ánimo ni trastorno de ansiedad importante (n = 84). La IC se valoró mediante observaciones estándar de laboratorio a la edad de 2 a 6 años. La psicopatología se evaluó mediante entrevistas diagnósticas estructuradas, realizadas a las madres acerca de sus hijos, a partir de los 5 años (*Kiddie-SADS-E*, según el DSM-III-R). Comprobamos que la IC estaba asociada significativamente con el trastorno de angustia y la depresión parentales, y que la IC era más acentuada entre los niños cuyos padres padecían los dos trastornos. Además, comprobamos que los niños afectados por IC presentaban un riesgo específico de padecer ansiedad social (trastorno evitativo o fobia social en el DSM-III-R), comparados con los niños sin IC. Los índices de otros trastornos de ansiedad no diferían entre los niños con IC y sin ella. Discutimos aquí las consecuencias de estos hallazgos y de los estudios de otros grupos, con el objeto de determinar la naturaleza del riesgo atribuido por la IC en la infancia, y establecer indicaciones para futuras investigaciones.



Artículo completo: www.siic.info/trabajosdistinguidos/saludmental/94/122.htm
Extensión aproximada: 9 páginas