

Novedades seleccionadas

Estudios recientemente publicados en prestigiosas revistas internacionales, redactados por los médicos que integran la agencia Sistema de Noticias Científicas (aSNC), brazo periodístico de SIIC. Cada trabajo de Novedades seleccionadas ocupa alrededor de media página.

9 - Utilidad de la Terapia Conductual para tratar la Agitación que Presentan los Pacientes con Demencia

Spira A, Edelstein B

International Psychogeriatrics 18(2):195-225, Jun 2006

En general, los pacientes con demencia presentan trastornos conductuales para los cuales se intentaron diferentes estrategias terapéuticas. Todas las demencias ocasionan un deterioro significativo en comparación con el nivel de funcionamiento previo. Muchos de los problemas conductuales que presentan estos pacientes son clasificados como «agitación». Esto significa una actividad verbal, motora o vocal inapropiada que no puede explicarse por las necesidades o la confusión del sujeto, cuya prevalencia varía entre el 55% y el 95% en los diferentes estudios. La agitación es un problema tanto para el enfermo como para sus cuidadores y para los demás pacientes. En consecuencia, si se lograra su disminución mejoraría la calidad de vida de todos ellos.

Se emplearon diferentes estrategias psicosociales para tratar los trastornos conductuales en sujetos con demencia. El objetivo de este artículo fue evaluar las intervenciones conductuales existentes para esclarecer el estado actual de investigación y efectuar sugerencias para investigaciones futuras. Específicamente, se trata sobre el enfoque conductual operante. De acuerdo con éste, la conducta es controlada por sus antecedentes y consecuencias y la manipulación de dichas variables es crucial para modificar una respuesta determinada.

Los 23 trabajos seleccionados incluían participantes de 60 años como mínimo con diagnóstico de demencia. El blanco terapéutico fue la agitación y la estrategia consistió en una intervención de tipo conductual. Asimismo, se incluyó algún parámetro de medición conductual. Los estudios fueron organizados según el problema conductual evaluado.

Las intervenciones destinadas a reducir la deambulación errática y peligrosa evaluadas en varios estudios consistieron en el control de estímulos. Esto significa la manipulación de estímulos ambientales asociados con la conducta a tratar para disminuir la probabilidad de que suceda. Por ejemplo, en un estudio se colocaron señales de detención fuera de los límites permitidos para la deambulación y se enseñó el modo correcto de respuesta. En otro estudio se asociaron estímulos neutros con estímulos refuerzo o castigo ubicados en áreas de deambulación permitida o no, respectivamente. Como resultado, la cantidad de episodios de deambulación errática disminuyó significativamente. Otras estrategias útiles fueron la colocación de cinta adhesiva en el piso de los corredores para disminuir la deambulación peligrosa y de un espejo o de barreras visuales frente a la puerta de salida para reducir el paso.

Como resultado de la evaluación de las diferentes estrategias puede sugerirse que la intervención conductual, principalmente el control de estímulos, puede tener resultados clínicamente significativos. No obstante, en cuanto a la utilidad particular de cada estrategia los resultados fueron contradictorios. Asimismo, existen datos que sustentan la utilidad de manipular las consecuencias de la deambulación para disminuirla, entre otras estrategias.

Las intervenciones evaluadas para disminuir la vocalización inapropiada incluyeron la realización de masajes dentro de un esquema de refuerzo diferencial de otra conducta y la colocación de una señal para recordar la toma y disminuir la demanda de medicamentos. Asimismo, se efectuó un análisis funcional para determinar las variables asociadas con el mantenimiento de la

vocalización y la presentación posterior de dichos estímulos de manera no contingente. El entrenamiento en relajación y la presentación de un estímulo visual relevante para el contenido de la vocalización fueron otras de las estrategias evaluadas. En general, los resultados fueron positivos pero inconsistentes.

La agresión física es un problema habitualmente relacionado con la demencia y puede dañar tanto al paciente como a su cuidador o a otros sujetos. Una de las intervenciones evaluadas para disminuirla fue la manipulación de los factores que provocaron la agresión para tornarlos incompatibles con dicha conducta. Asimismo, se efectuó una evaluación funcional y neuropsicológica cuyos resultados sugirieron la presencia de un déficit de percepción que favoreció la agresión. En consecuencia, se modificaron las características ambientales para acomodar el déficit y disminuir la agresión. También se evaluaron estrategias de automonitoreo y castigo para controlar el enojo y la agresión. De acuerdo con los resultados, las intervenciones conductuales pueden disminuir la agresión física en los sujetos con demencia.

Se implementaron varias estrategias para disminuir más de un tipo de trastorno conductual. Por ejemplo, en un estudio se intentó resolver la agresión física, la negativa a higienizarse y los gritos. Con dicho objetivo, se evaluaron los antecedentes de tales conductas, los que fueron empleados para conformar un contexto de conducta cooperativa. El resultado fue positivo únicamente ante la participación de personal entrenado en la técnica. En otro estudio se evaluó la utilidad del entrenamiento del personal de enfermería en modificación conductual y habilidades de comunicación para disminuir la agitación de los pacientes. Como resultado, la frecuencia de agitación disminuyó moderadamente. De acuerdo con los estudios evaluados, las intervenciones conductuales serían útiles para tratar diferentes tipos de conductas de agitación. La combinación del control de antecedentes y refuerzo diferencial de otra conducta resultó efectiva para disminuir la agresión física y verbal y la negativa a higienizarse. Asimismo, se demostró que es importante el entrenamiento de los cuidadores en cuanto a utilizar el control de antecedentes para disminuir la vocalización inapropiada y la agresión física. En general, los resultados de los estudios evaluados son heterogéneos, pero sugieren que las intervenciones conductuales son promisorias para modificar la agitación que presentan los pacientes con demencia. No obstante, es necesario evaluar con más profundidad la efectividad de las técnicas conductuales mencionadas.

Las intervenciones efectuadas sobre los antecedentes, como el control de estímulos, son especialmente útiles entre los sujetos con demencia. Esto se debe a que en dichas intervenciones se emplean componentes establecidos del repertorio conductual del individuo y no es necesaria la adquisición de nuevas respuestas. Un aspecto positivo de la mayoría de los estudios fue la inclusión de información, al menos informal, acerca de los procedimientos de evaluación funcional. Según lo referido por los investigadores, los resultados de las intervenciones son mejores cuando el tratamiento se asocia con la función de la conducta a modificar. En varios artículos se brindó información insuficiente como para identificar el tratamiento y la función asociados. Además, en ciertos casos se implementaron simultáneamente intervenciones con una relación poco clara e intervenciones claramente relacionadas con la función de la conducta a modificar.

En la mayoría de los estudios se midió la presencia de una conducta determinada mediante observación directa. La validez



Información adicional en www.siic.salud.com; autores, instituciones investigadoras, especialidades en que se clasifican, etc.

de los resultados y de las conclusiones obtenidas depende en gran parte de la intervención conductual apropiada y de la legitimidad de las observaciones realizadas. En algunos estudios no se informó la fiabilidad de las observaciones y ciertos autores fueron demasiado liberales al interpretar los datos obtenidos. Además, en algunos casos se aplicaron intervenciones combinadas sin intención de diferenciar los resultados de cada una de ellas; en consecuencia, no pudo determinarse el componente activo de dicha combinación. En cuanto a las cuestiones estadísticas, la mayoría de los estudios consistieron en la evaluación de un solo sujeto. Si bien en algunos trabajos se efectuaron análisis estadísticos, los datos presentados no pueden interpretarse en forma confiable. Finalmente, en algunos artículos no se incluyeron detalles suficientes como para permitir la replicación del estudio.

De acuerdo con lo mencionado, los profesionales deben ser cautelosamente optimistas acerca de la efectividad potencial de las intervenciones conductuales destinadas a reducir la agitación de los pacientes con demencia. Aunque hay datos disponibles sobre numerosas intervenciones exitosas, para aumentar la confiabilidad en dichas intervenciones deben tenerse en cuenta las cuestiones metodológicas ya discutidas.

El éxito de muchas de las intervenciones evaluadas implica que los pacientes con demencia pueden responder a los cambios de los estímulos ambientales. Las conductas procedentes de repertorios premórbidos pueden ser empleadas bajo el control de estímulos nuevos. Además, los sujetos con trastornos cognitivos pueden adquirir nuevas responsabilidades para mejorar su funcionamiento. La difusión de estos hallazgos entre los psicólogos, médicos y personal de enfermería es crucial para que las estrategias resulten exitosas en diferentes ámbitos clínicos. Además, es importante difundir los resultados de los estudios entre los cuidadores de los pacientes con demencia no institucionalizados. Esto puede mejorar la calidad de vida tanto de los cuidadores como de los enfermos al disminuirse la frecuencia de conductas inapropiadas y retrasarse la institucionalización. Es importante reproducir y ampliar las intervenciones evaluadas mediante metodologías más rigurosas que incluyan datos cuantitativos, procedimientos más controlados, evaluaciones funcionales más adecuadas y definiciones precisas de términos como «agitación». También sería útil evaluar los límites de aprendizaje de los pacientes con demencia y aplicar estrategias para mejorar la adhesión del personal. Esto permitirá su aplicación en la práctica habitual. Finalmente, resulta recomendable que los investigadores consulten la literatura médica relacionada con las intervenciones conductuales aplicadas a sujetos con trastornos del desarrollo ya que las ideas incluidas pueden ser de utilidad.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat053/07612000.htm

10 - La Terapia Cognitivo Conductual Mejora los Síntomas de Ansiedad en los Pacientes Psicóticos

Naeem F, Kingdon D, Turkington D

Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice 79(Part. 2):153-164, Jun 2006

Según lo informado en diferentes estudios, el 50% de los pacientes esquizofrénicos mejora mediante la terapia cognitivo conductual. Este tipo de tratamiento sería efectivo ante la presencia de síntomas resistentes y recaídas y durante las etapas iniciales de la enfermedad. En estudios de seguimiento se observó la persistencia de los efectos de la terapia cognitivo conductual durante 12 y 18 meses. Además, el costo no superaría al del tratamiento habitual. En consecuencia, el *National Institute of Clinical Excellence* de Inglaterra sugirió la

inclusión de esta modalidad entre las opciones terapéuticas disponibles para el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos.

Existe una relación compleja entre la esquizofrenia y los síntomas de ansiedad (SA). Además, se informó una comorbilidad importante entre los trastornos de ansiedad y la esquizofrenia. Muchos pacientes presentan síntomas ansiosos en respuesta a los síntomas psicóticos. También hay informes acerca de que la ansiedad puede preceder a la aparición de esquizofrenia. En un estudio se halló que la prevalencia de trastornos de ansiedad entre los pacientes esquizofrénicos llega al 45%. Los síntomas ansiosos serían más graves en las mujeres, los pacientes que presentan el primer episodio esquizofrénico y aquellos con sintomatología predominantemente positiva. Además, los SA se correlacionarían con la edad, el puntaje de síntomas positivos de la *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) y el resultado del tratamiento. Los autores concluyeron que la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad puede predecir un resultado terapéutico más favorable en caso de exacerbación aguda de la enfermedad. Entre los pacientes esquizofrénicos recuperados, la ansiedad se correlacionaría con la calidad de vida, las actividades diarias y las relaciones interpersonales. Esto se observó aun al tener en cuenta la presencia de síntomas positivos, negativos o depresivos.

Debe destacarse que en la mayoría de los estudios mencionados los pacientes estaban bajo tratamiento antipsicótico. Tanto los agentes típicos como atípicos pueden ser beneficiosos para resolver los SA; sin embargo, en algunos casos pueden exacerbarlos. Los SA también pueden aparecer durante la psicoterapia y asociarse con un mejor pronóstico. Según refieren los autores, hasta el momento no existen estudios acerca de la relación entre los SA y la terapia cognitivo conductual en pacientes esquizofrénicos.

En el presente trabajo se analizan datos pertenecientes a dos estudios sobre la relación entre los SA y los resultados de la terapia cognitivo conductual en los pacientes esquizofrénicos. El objetivo principal fue evaluar si los SA que presentan estos pacientes mejoran con la terapia cognitivo conductual. En segundo lugar se analizaron los correlatos de la ansiedad y la presencia de algún tipo de relación entre la mejoría de la psicopatología y los SA. Los autores propusieron que no existirían cambios en tales síntomas en los pacientes tratados con terapia cognitivo conductual. Y, además, que los SA no influirían sobre los resultados de dicha terapia ni predecirían el pronóstico de los pacientes que la reciben.

Los participantes eran pacientes ambulatorios u hospitalizados que reunían los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia incluidos en la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). En el estudio *London Newcastle* participaron 90 pacientes de 16 a 60 años, de los cuales 47 recibieron terapia cognitivo conductual y 43 recibieron ayuda por parte de voluntarios entrenados en habilidades interpersonales o *befriending*. En el estudio *Insight into Schizophrenia*, 225 pacientes recibieron terapia cognitivo conductual y 128 recibieron el tratamiento habitual. Las edades oscilaron entre los 18 y los 65 años. La sintomatología en general se evaluó mediante la *Comprehensive Psychopathological Rating Scale*. Los SA se evaluaron mediante la *Brief Scale for Anxiety*. Además, en el estudio *Insight into Schizophrenia* se aplicó la *Health of the Nation Outcome Scale*. La conciencia de enfermedad o crítica se evaluó mediante la *Insight Scale*.

En el estudio *London Newcastle*, los pacientes con alucinaciones y delirios persecutorios presentaron puntajes elevados en la *Brief Scale for Anxiety*. Si bien los hombres tuvieron puntajes superiores en comparación con las mujeres, la diferencia no resultó estadísticamente significativa. Inicialmente, no se observaron diferencias con significación estadística en los puntajes medios de ansiedad entre los grupos. Además, los SA se correlacionaron positivamente con la psicopatología en general, los síntomas depresivos, los síntomas psicóticos positivos, la angustia relacionada con la acatisia y la incapacidad debida a los movimientos anormales. Al repetir el análisis luego de la terapia, los SA se correlacionaron solamente con la psicopatología general, los síntomas positivos y depresivos. Se comparó el

efecto de la terapia cognitivo conductual sobre los SA al inicio, luego de aplicada y durante el seguimiento y se observaron diferencias entre los 3 momentos. No obstante, sólo se detectaron diferencias significativas entre ambos grupos durante el seguimiento. La mejoría del puntaje de la escala de ansiedad fue superior para los pacientes que recibieron terapia cognitivo conductual. Asimismo, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para los síntomas psicológicos de ansiedad, para el efecto del tiempo y para las diferencias entre los grupos en todos los momentos evaluados. Al tener en cuenta el efecto de los antipsicóticos, la diferencia entre ambos grupos se mantuvo significativa. Al considerar el sexo, la edad y la duración de la enfermedad no se observaron modificaciones en el resultado de la terapia.

Para evaluar la relación entre los SA al inicio del estudio y los resultados de la terapia se dividió a los participantes en dos grupos según el nivel de ansiedad. Los pacientes con niveles bajos de ansiedad mejoraron en mayor medida, efecto que también se observó durante el seguimiento. No obstante, la diferencia entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa. Al incluir al grupo de referencia en el análisis, se observó una diferencia estadísticamente significativa a favor de los pacientes con menos ansiedad inicial.

En el estudio *Insight into Schizophrenia* se observó una correlación entre el puntaje inicial correspondiente a la ansiedad y la psicopatología en general, el puntaje de la *Comprehensive Psychopathological Rating Scale* y de la *Health of the Nation Outcome Scale* y los síntomas depresivos y negativos, entre otros. Asimismo, el puntaje relacionado con el nivel de ansiedad se correlacionó con la conciencia de enfermedad. Al reiterar dichos análisis luego de la terapia se observó una correlación positiva entre los SA y la psicopatología general, el puntaje de la *Health of the Nation Outcome Scale*, los delirios, alucinaciones, la depresión y los síntomas negativos. No obstante, no se detectó una correlación significativa entre los SA y la conciencia de enfermedad o crítica.

Los pacientes con delirios o alucinaciones presentaron puntajes de ansiedad significativamente elevados en comparación con aquellos sin dichos síntomas. Además, las mujeres tuvieron puntajes más altos en comparación con los hombres y el grupo tratado tuvo puntajes superiores que el grupo de referencia. Sin embargo, las diferencias no resultaron estadísticamente significativas. Aquellos participantes que vivían solos tuvieron un nivel de ansiedad superior en comparación con los que vivían con otras personas. Asimismo, los participantes laboralmente incapacitados presentaron puntajes de ansiedad superiores en comparación con los sujetos laboralmente activos empleados o desempleados.

Si bien se observaron mejorías significativas del nivel de ansiedad en ambos grupos, el grupo tratado mejoró en mayor medida que el de referencia. Se observaron diferencias estadísticamente significativas relacionadas con los síntomas somáticos de ansiedad a favor de quienes recibieron terapia. Para evaluar el efecto de los SA iniciales, los participantes fueron divididos en tres grupos de acuerdo con el nivel inicial de ansiedad. Los SA no predijeron el nivel de mejoría relacionada con la psicopatología en general. También se evaluó el efecto de los SA sobre el pronóstico. Los pacientes con niveles elevados de ansiedad mejoraron en mayor medida en comparación con los sujetos con niveles intermedios y bajos de ansiedad.

De acuerdo con los resultados de los análisis iniciales, los SA se correlacionaron positivamente con la psicopatología general, los síntomas depresivos, positivos y negativos, los problemas interpersonales, las actividades cotidianas, las condiciones de vida, las ocupaciones y actividades, la conciencia de enfermedad y los efectos adversos de la medicación. Además, se observó que los pacientes con alucinaciones y delirios persecutorios, los que vivían en forma independiente y los que obtuvieron beneficios secundarios a su discapacidad tuvieron puntajes superiores en la *Brief Scale for Anxiety*. No se observó relación alguna entre los SA y el efecto de la edad, el sexo o la duración de la enfermedad.

Los antipsicóticos tuvieron un efecto positivo sobre los SA de los pacientes esquizofrénicos. La terapia cognitivo conductual también redujo los SA psicológicos y somáticos. El beneficio de

la terapia cognitivo conductual se prolongó durante el seguimiento en el estudio *London Newcastle*. No fue posible determinar si la disminución de la ansiedad se debió a la terapia cognitivo conductual o a la reducción de los síntomas psicóticos. La disminución de los SA mediante terapia cognitivo conductual en los pacientes esquizofrénicos es importante ya que la ansiedad complica el cuadro y su aumento se asocia con la aparición de recaídas. Aparentemente, la terapia cognitivo conductual tiene un efecto ansiolítico y antipsicótico que persiste una vez interrumpido el tratamiento.

Se sugirió una asociación entre los SA y la respuesta positiva a la terapia cognitivo conductual. En un estudio se concluyó que la presencia de ansiedad predice una mejor respuesta al tratamiento de las exacerbaciones agudas de la enfermedad. No obstante, en el presente estudio no se observaron los mismos resultados.

Se observó una asociación entre el mejor pronóstico y el menor nivel de ansiedad. En consecuencia, es recomendable disminuir los niveles de ansiedad como parte del tratamiento de los individuos esquizofrénicos. Por lo tanto, son necesarios estudios adicionales para evaluar con mayor profundidad la relación entre los SA y la terapia cognitivo conductual en estos pacientes.

La terapia cognitivo conductual permite mejorar los síntomas de ansiedad en los pacientes psicóticos. No se observó asociación alguna entre los síntomas iniciales de ansiedad y los resultados de la terapia.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat053/07612004.htm

11 - La Utilización de Palabras Clave Puede Estimular el Recuerdo de los Episodios Terapéuticos

Andersson G, Boethius S, Svirsky L, Carlberg G

Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice 79(Part. 2):229-236, Jun 2006

El papel del psicoterapeuta en el proceso terapéutico es objeto de interés desde hace mucho tiempo. Más recientemente se discutieron los posibles efectos adversos del terapeuta sobre los trastornos mnemónicos de los pacientes. Si bien el modo en el cual el terapeuta recuerda los episodios significativos que suceden durante la terapia es de gran importancia, no fue estudiado adecuadamente hasta el momento. La contratransferencia puede ocasionar fallas para recordar con exactitud los sucesos y el material de la terapia.

Los episodios significativos de la terapia pueden concebirse como momentos decisivos y casi nunca se asocian con progresos significativos. Por lo tanto deben ser priorizados durante la codificación, la elaboración y el recuerdo. Existen discrepancias entre los terapeutas con diferente orientación teórica relacionadas con el manejo del recuerdo del contenido de la sesión. Otro tema importante es la valencia emocional de las sesiones. Es más probable que se recuerden los episodios con contenido emocional, especialmente si son nuevos. No obstante, los episodios emocionales también son vulnerables a las distorsiones mnemónicas y las reacciones de transferencia.

De acuerdo con los datos disponibles, la memoria autobiográfica puede ser general o específica (relacionada con un incidente aislado). La incapacidad para evocar recuerdos específicos es un factor importante que se relaciona con diferentes trastornos emocionales. Sin embargo, refieren los autores, el concepto de memoria autobiográfica y las técnicas empleadas para su estudio no se aplicaron para la investigación de los procesos psicoterapéuticos.



Información adicional en www.siicsalud.com; autores, instituciones investigadoras, especialidades en que se clasifican, etc.

El propósito del presente estudio fue analizar cómo los psicoterapeutas infantiles recuerdan y evalúan los episodios terapéuticos con valencia emocional. Se empleó un enfoque de evaluación de la memoria autobiográfica mediante palabras clave para suscitar episodios terapéuticos específicos. Las palabras clave fueron: irritación, vergüenza, afecto y alegría. Además, se incluyeron dos grupos de referencia integrados por maestros y musicoterapeutas, respectivamente. Dicha inclusión se efectuó para investigar si los terapeutas diferían en su modo de evaluación y en el grado de especificidad de la memoria relacionada con los episodios terapéuticos. El objetivo principal del estudio fue crear una técnica generadora de material para supervisar y evaluar los resultados de la investigación. Además, se analizaron los posibles efectos de la valencia emocional de las palabras clave empleadas.

Participaron 31 psicoterapeutas infantiles con orientación psicodinámica, 10 maestros de discapacitados y 9 musicoterapeutas con orientación psicodinámica. Las edades oscilaron entre los 30 y los 55 años y el 87% fue de sexo femenino. Para estimular el recuerdo de episodios terapéuticos actuales o pasados se emplearon cuatro palabras clave, dos con significado positivo («afecto» y «alegría») y dos con significado negativo («irritación» y «vergüenza»). Se preguntó a los terapeutas si recordaban un episodio específico relacionado con cada una de esas palabras. Se permitieron 6 minutos por palabra para que los terapeutas escribiesen un recuerdo. Luego, se efectuaron preguntas sobre la frecuencia, momento, importancia, facilidad de evocación e intensidad del episodio descrito. Las preguntas formuladas a los maestros y psicoterapeutas fueron adaptadas a la práctica actual.

Todos los participantes fueron capaces de evocar un recuerdo relacionado con cada palabra. En total se describieron 124 episodios, de los cuales 34 y 73 correspondieron a pacientes mujeres y varones, respectivamente. En cuanto al resto, no pudo determinarse el sexo del paciente en cuestión. Las edades de los pacientes eran de 4 a 13 años. En general, todas las palabras clave generaron respuestas de extensión similar. Se observó un efecto significativo de la palabra clave sobre la frecuencia de evocación del recuerdo, con una memoria menos habitual de los episodios negativos. Asimismo, se observó un efecto significativo para el tiempo transcurrido desde el episodio.

Los recuerdos derivados de la palabra «vergüenza» fueron clasificados como menos positivos en comparación con los derivados de las palabras «afecto» y «alegría» pero más positivos en comparación con los derivados de la palabra «irritación». La palabra con mayor connotación negativa fue «irritación», seguida por «vergüenza», «afecto» y «alegría». Los episodios relacionados con la palabra «afecto» fueron recordados más fácilmente en comparación con los relacionados con la palabra «vergüenza» y más vívidos en comparación con los relacionados con las palabras «vergüenza» e «irritación». Con respecto a la importancia de las palabras en relación con los resultados terapéuticos, se observó un puntaje más elevado para la importancia positiva de las palabras «irritación», «afecto» y «alegría» en comparación con su importancia negativa.

El puntaje general de especificidad de los episodios evocados fue elevado para todas las palabras, sin importar el grupo evaluado. No obstante, los maestros evocaron sus recuerdos con menor especificidad. No se observaron diferencias significativas al respecto entre las palabras. Por último, se preguntó a cada participante su opinión sobre el procedimiento y la mayoría de los comentarios resultaron positivos.

Uno de los hallazgos principales del presente estudio fue el nivel elevado de especificidad de los episodios recordados, lo cual coincide con lo informado en estudios previos. No obstante, la especificidad no llegó al 100%. Esto indica que una proporción significativa de terapeutas no pudo evocar recuerdos específicos relacionados con las palabras clave utilizadas. Debe destacarse que en el presente estudio no se pudo determinar la exactitud de los episodios descritos ya que no se tuvo acceso a los resultados reales de las terapias recordadas.

En general, no se observaron diferencias entre los grupos. No obstante, los musicoterapeutas otorgaron una importancia positiva superior a los resultados de la terapia en comparación con los psicoterapeutas. Se observó una dificultad mayor para el recuerdo de los episodios relacionados con las palabras con connotación negativa y, en consecuencia, con sentimientos de irritabilidad y vergüenza.

Es interesante destacar que, de acuerdo con lo referido por los terapeutas, los recuerdos derivados de las palabras con connotación positiva y de la palabra «irritación» tuvieron una importancia más positiva que negativa en relación con los resultados de la terapia. No se observó lo mismo para los recuerdos relacionados con la palabra «vergüenza». Esto puede deberse a que la vergüenza es una experiencia privada en comparación con la irritación, que es más frecuente y se expresa en mayor medida. También es posible que el psicoterapeuta emplee la contratransferencia para comprender mejor al niño, principalmente al enfrentarse directamente con éste.

De acuerdo con lo referido por los autores, el terapeuta puede recordar los episodios terapéuticos significativos como recuerdos autobiográficos. En cuanto a la importancia real para el proceso terapéutico del episodio recordado, es suficiente que el terapeuta considere que dicho episodio fue significativo para que reaccione y modifique su conducta en las sesiones siguientes. Es más, los episodios significativos son utilizados para la supervisión clínica y la formación psicoterapéutica. Debido a la importancia del recuerdo de las emociones en la terapia infantil, sería adecuado efectuar investigaciones empíricas adicionales acerca de lo que realmente sucede en la terapia y en la supervisión.

En resumen, la memoria autobiográfica de los episodios terapéuticos estimulada mediante palabras clave con connotación emocional podría ayudar a entender el trabajo de los terapeutas y lo que ellos recuerdan de las sesiones.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat053/07612006.htm

12 - Uso de Olanzapina en Pacientes Asiáticos con Esquizofrenia que Recibían Antipsicóticos Convencionales

Lu Z, Hu J, Ang Q y colaboradores

Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry 31(1):32-40, Ene 2007

Los antipsicóticos atípicos, considerados agentes de primera línea para el tratamiento de la esquizofrenia, son subutilizados en Asia. Se informó que la indicación de los antipsicóticos atípicos representa el 28% de las prescripciones de antipsicóticos en dicho continente. La prescripción preferencial de agentes típicos se relaciona con su menor costo, mayor disponibilidad y los hábitos de los prescriptores. Sin embargo, los patrones de prescripción en Asia pueden modificarse debido al esclarecimiento de los beneficios clínicos y de las limitaciones asociados con el uso de agentes convencionales en comparación con los agentes atípicos. Este cambio es necesario debido a la mayor efectividad de estos últimos principalmente en relación con los síntomas negativos y neurocognitivos y a su menor frecuencia de efectos adversos extrapiramidales en comparación con los agentes típicos. La olanzapina es un antipsicótico atípico actualmente disponible en Asia. Se informó que resulta efectiva y bien tolerada, en especial en los pacientes tratados previamente con agentes típicos.

Los resultados terapéuticos pueden estar influenciados por factores étnicos y culturales. Si bien en Asia se realizaron estudios sobre la eficacia y seguridad de la administración de olanzapina, son necesarios estudios adicionales que reflejen la práctica habitual y que incluyan agentes alternativos. Además,

existe una brecha considerable entre los hallazgos de los estudios controlados y aleatorizados y los resultados del tratamiento en la práctica clínica real, lo cual aumenta la necesidad de realizar estudios que reflejen la práctica habitual.

El objetivo principal del presente estudio fue evaluar la efectividad de la olanzapina en la práctica clínica para tratar a los pacientes esquizofrénicos asiáticos sintomáticos que presentaban respuesta parcial a los antipsicóticos convencionales. En segundo lugar se evaluó la seguridad del tratamiento y el cambio de la calidad de vida relacionado con el paso del agente típico a la olanzapina.

El presente fue un estudio prospectivo, de un año de duración, no aleatorizado, multicéntrico y observacional. Participaron pacientes esquizofrénicos en quienes no se había logrado un control sintomático adecuado con la administración de antipsicóticos convencionales, los cuales iniciaron un tratamiento con 5 a 20 mg/día de olanzapina según el criterio del psiquiatra a cargo. Todos vivían en países asiáticos, tenían de 18 a 60 años y no habían recibido olanzapina u otro agente atípico durante los 6 meses anteriores al inicio del estudio.

La efectividad, seguridad y calidad de vida se evaluaron al inicio (entrevista 1) y a las 4, 8, 26 y 52 semanas (entrevistas 2, 3, 4, y 5, respectivamente). La efectividad se evaluó mediante la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) y la escala *Clinical Global Impressions-Severity* (CGI-S). La seguridad del tratamiento se estimó mediante la *Abnormal Involuntary Movements Scale* (AIMS) y la calidad de vida se evaluó utilizando la *World Health Organization Quality of Life Scale* (WHO-QoL). Inicialmente se reunieron datos sobre las características demográficas de los pacientes. Asimismo, la tensión arterial y la frecuencia cardiaca se estudiaron al inicio y en la entrevista final o en el momento de la interrupción del tratamiento. Por último, en cada consulta fueron evaluadas la dosis de olanzapina y la medicación concomitante que recibía el paciente.

En total participaron 1 272 pacientes con una edad promedio de 33.0 ± 10.5 años. La mayoría eran de origen chino, presentaban una enfermedad moderada y habían recibido antipsicóticos típicos hasta el inicio del estudio, en particular haloperidol, clorpromazina y perfenazina. El peso corporal promedio fue 61.9 ± 11.35 kg. Las dosis promedio inicial y final de olanzapina fueron 8.4 mg/día y 9.25 mg/día. De los 1 267 pacientes incluidos, el 75.3% completó el estudio y la principal razón para la discontinuación fue la pérdida durante el seguimiento. Durante el estudio se observó una disminución del uso concomitante de agentes psicotrópicos, principalmente benzodiazepinas.

El 93.3% de los participantes que completaron el estudio respondió a la administración de olanzapina, es decir, presentó una disminución mayor o igual al 30% del puntaje inicial del BPRS. Consistente con lo anterior, se observó una mejoría clínica significativa que consistió en la disminución de los síntomas respecto de la visita inicial. En comparación con el inicio del estudio, el puntaje total de la BPRS decreció 67.5%, en tanto que los puntajes de las subescalas positiva y negativa disminuyeron 68.9% y 62.2%, respectivamente. En cuanto a la escala CGI-S, el puntaje disminuyó 45.3%.

Todos los pacientes presentaron mejoría clínica. Sin embargo, se observaron diferencias estadísticamente significativas según el país al que pertenecían. Los mejores resultados correspondieron a China, seguida por Filipinas, Corea y Taiwán. Las mejorías se observaron luego de transcurrido un breve período desde que se inició el tratamiento con olanzapina y fueron más pronunciadas durante las primeras 8 semanas. A partir de ese momento los síntomas continuaron mejorando, aunque más lentamente.

En términos de seguridad, se observaron mejorías significativas al final del tratamiento en relación con el inicio. El 94.9% de los pacientes que inicialmente no presentaban movimientos involuntarios, continuaron libres de estos síntomas al final del tratamiento. El 50.4% de los sujetos en quienes se observaron movimientos involuntarios al inicio del estudio no los presentaba cuando este concluyó. El 39.1% de los participantes presentó un aumento ponderal mayor del 7% durante el tratamiento. Es

interesante señalar que la probabilidad de respuesta a la farmacoterapia entre estos pacientes fue 2.5 veces superior que entre aquellos que ganaron menos peso. Por último, se verificaron mejorías significativas en la calidad de vida que, al igual que lo observado para la mejoría sintomática, fueron superiores durante las primeras 8 semanas de tratamiento. No obstante, la mejoría continuó con posterioridad, aunque a un ritmo más lento.

Las diferencias étnicas de respuesta a los antipsicóticos son un factor a considerar importante a la hora de tratar a los individuos esquizofrénicos. Según se informó, los pacientes asiáticos requieren dosis inferiores de antipsicóticos y son más propensos a presentar síntomas extrapiramidales. De acuerdo con los resultados del presente estudio, la administración de olanzapina es una alternativa terapéutica viable para los pacientes esquizofrénicos asiáticos que responden parcialmente al tratamiento con antipsicóticos típicos. Estos resultados coinciden con lo informado en trabajos previos.

En cuanto a la seguridad del tratamiento, la mejoría de los síntomas extrapiramidales observada también resulta coherente con lo observado previamente. No obstante, el nivel de mejoría verificado en el presente estudio fue superior en comparación con estudios similares efectuados en Canadá y Latinoamérica. Esta diferencia podría deberse a la inclusión de pacientes con una mayor gravedad de síntomas extrapiramidales. Asimismo, se sugirió que los sujetos asiáticos son más susceptibles a padecer dichos síntomas al recibir antipsicóticos típicos en comparación con los pacientes caucásicos.

El aumento ponderal observado entre los individuos tratados con olanzapina también coincide con lo informado en estudios previos. Se informó que dicho aumento se asocia con una mejoría clínica superior, lo cual es coherente con lo hallado en el presente estudio, y con un índice de masa corporal inicialmente menor. Debido a que el aumento de peso puede afectar negativamente el resultado del tratamiento, es necesario implementar estrategias para disminuir dicho incremento. Existen escasos estudios sobre la mejoría de la calidad de vida de los pacientes asiáticos tratados con olanzapina. No obstante, en una investigación canadiense se halló un resultado similar al observado en el presente estudio.

La dosis de olanzapina administrada fue inferior en comparación con la utilizada en trabajos anteriores efectuados en países occidentales. Sin embargo, los resultados terapéuticos fueron satisfactorios. Esto coincide con diversos estudios en los cuales se sugirió que los pacientes asiáticos requieren dosis inferiores de antipsicóticos.

En conclusión, el cambio del tratamiento por olanzapina en los pacientes asiáticos esquizofrénicos que presentaban respuesta parcial a los antipsicóticos convencionales resultó en una mejoría sintomática estadísticamente significativa. Además, se observó una disminución de la gravedad e incidencia de movimientos anormales y una mejoría en la calidad de vida. Esto significa que, ante la respuesta parcial al tratamiento antipsicótico convencional, el cambio por olanzapina puede resultar en un beneficio clínico.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat053/07612013.htm



Información adicional en www.siicsalud.com: autores, instituciones investigadoras, especialidades en que se clasifican, etc.

13 - La Administración de Duloxetina Junto con las Comidas o a Dosis Inicialmente Bajas Mejoraría la Tolerabilidad del Tratamiento

Dunner D, Komstein S, Whitmyer V y colaboradores

Póster presentado en el ACNP 2007

La administración de duloxetina con alimentos o a una dosis de 30 mg una vez al día mejoraría la tolerabilidad en el inicio del tratamiento.

La prevalencia de trastorno depresivo mayor (TDM) a lo largo de la vida oscila del 10% al 25% entre las mujeres y del 5% al 12% entre los hombres. Con frecuencia, los pacientes interrumpen el tratamiento antidepressivo debido a la presencia de efectos adversos en la etapa inicial. Las náuseas observadas al inicio del tratamiento son referidas por el 20% de los pacientes que reciben inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y por el 31% de los que son tratados con venlafaxina, un inhibidor dual de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN). Este cuadro es un motivo frecuente de interrupción del tratamiento. La duloxetina es un IRSN potente con baja afinidad por la mayoría de receptores de otros neurotransmisores. En consecuencia, se sugiere que presentaría un mejor perfil de efectos adversos.

En estudios en los cuales se administraron dosis iniciales múltiples de 60 mg de duloxetina una vez por día, el índice de aparición de náuseas fue del 38%. Dicho síntoma resultó transitorio y relacionado con la dosis. Asimismo, en un estudio abierto recientemente efectuado se sugirió que la administración inicial de 30 mg de duloxetina en una toma diaria seguida del aumento de la dosis hasta los 60 mg o más puede disminuir el riesgo de efectos adversos. Esta estrategia tendría una influencia transitoria sobre la eficacia del tratamiento en comparación con lo observado cuando se lo inicia con dosis de 60 mg. Además, con frecuencia se recomienda el inicio del tratamiento con dosis bajas de duloxetina o su administración junto con alimentos para disminuir los efectos adversos iniciales. Sin embargo, esta estrategia no fue evaluada adecuadamente hasta el momento.

El propósito del presente estudio fue evaluar las estrategias de dosificación mencionadas. El objetivo principal fue comparar la incidencia de náuseas relacionadas con el tratamiento con duloxetina al administrar inicialmente dosis matutinas únicas de 30 mg o 60 mg diarios. En segundo lugar se estudiaron los efectos de la dosificación y del consumo de alimentos sobre la tolerabilidad y la eficacia. Se compararon los resultados de la administración inicial de 30 mg en una toma matutina única, dos tomas diarias de 30 mg y 60 mg, junto con alimentos o sin éstos. Por último, fueron comparadas la tolerabilidad y la eficacia de los tratamientos luego de una semana y transcurridas 5 semanas, momento en el cual se dieron por finalizados.

El presente trabajo fue un estudio a doble ciego y de grupos paralelos realizado en pacientes ambulatorios adultos con TDM. Los participantes fueron distribuidos aleatoriamente en 3 grupos según la dosis inicial de duloxetina: 30 mg en una toma diaria matutina, dos tomas diarias de 30 mg o 60 mg en una toma diaria matutina. La cantidad de pacientes en cada grupo fue 219, 213 y 215, respectivamente. A su vez, los participantes fueron divididos en dos subgrupos e instruidos para tomar la droga con o sin alimentos dentro de la hora de haber recibido la medicación. Al cabo de una semana de la administración de la dosis inicial, todos los pacientes recibieron 60 mg de duloxetina en una toma diaria durante las 5 semanas restantes de tratamiento.

El objetivo principal fue comparar la aparición de náuseas relacionadas con el tratamiento entre los grupos que recibieron 30 mg y 60 mg, en una toma diaria matutina. La comparación se efectuó sobre la base del resultado del ítem 112 relacionado con la aparición de náuseas de la escala de efectos adversos *Association for Methodology and Documentation in Psychiatry* (AMDP-5). El objetivo secundario fue evaluar la media de cambio en AMDP-5 ítem 112 teniendo en cuenta la dosis, la

administración junto con alimentos y la interacción entre ambos factores. Asimismo, fueron evaluados los cambios medios del puntaje correspondiente a otros efectos adversos habituales como los vómitos, la xerostomía, la constipación, el insomnio, la somnolencia, la disminución del apetito y la interrupción del tratamiento debido a la presencia de éstos. La eficacia se evaluó mediante la *Hamilton Depression Rating Scale* (HAMD) y el *Inventory of Depressive Symptoms-Clinician Rated* (IDS).

En cuanto a las características demográficas de los pacientes, la mayoría era de sexo femenino y raza blanca y las edades oscilaron entre 18.6 y 82.7 años. No se observaron diferencias significativas en la aparición de náuseas entre los pacientes que iniciaron el tratamiento con dosis matutinas únicas de 30 mg o 60 mg en la evaluación primaria. Pero, por otro lado, en la evaluación secundaria se observaron diferencias significativas al relacionar las náuseas con la dosis y la administración con alimentos. La toma de duloxetina junto con la comida redujo la incidencia inicial de náuseas con el mayor beneficio para los pacientes tratados con dosis matutinas únicas de 60 mg.

Al tomar la droga sin alimentos, los individuos que iniciaron el tratamiento con dosis matutinas únicas de 30 mg presentaron náuseas con menor frecuencia que aquellos que lo hicieron con 60 mg.

Entre los pacientes que tomaron la droga sin alimentos, los índices de discontinuación debido a los efectos adversos fueron 3.6%, 14% y 10.2% para los que recibieron 30 mg en una toma matutina, dos tomas de 30 mg o 60 mg en una toma por la mañana, respectivamente. En cambio, los porcentajes correspondientes a los sujetos que ingirieron la droga junto con los alimentos fueron 5.4%, 7.5% y 7.4%, respectivamente. Según los resultados de la HAMD, todos los grupos presentaron mejorías significativas en comparación con el inicio del estudio. No obstante, en las primeras 2 semanas la mejoría clínica fue significativamente superior para aquellos tratados con 60 mg en una toma matutina en comparación con el resto de los participantes. No se observaron diferencias significativas durante las 4 semanas restantes de estudio.

En resumen, por lo general la duloxetina es una droga eficaz y bien tolerada cualquiera sea la dosis inicialmente administrada. La toma de la droga junto con los alimentos mejora la tolerabilidad inicial, en particular en los pacientes que reciben dosis matutinas iniciales de 60 mg. El inicio del tratamiento con 30 mg en una toma por la mañana mejora la tolerabilidad en comparación con la administración inicial de 30 mg en dos tomas o de 60 mg en una toma matutina. El inicio en dos tomas diarias de 30 mg no mejoraría la tolerabilidad cuando se lo compara con la administración de 60 mg en una toma matutina. Si bien el inicio del tratamiento con 30 mg de duloxetina en una toma por la mañana puede retrasar la eficacia, este efecto es transitorio y no se prolonga luego de la segunda semana. No se observaron diferencias relacionadas con el índice de remisión al final del tratamiento.

 + Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat053/07612015.htm

14 - Las Modificaciones Gabaérgicas Contribuirían a la Aparición de Depresión y Apatía en los Pacientes con Enfermedad de Alzheimer

Lancôt K, Herrmann N, Rothenburg L, Eryavec G

International Psychogeriatrics 19(1):151-158, Feb 2007

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa más frecuente de demencia. Se caracteriza por el deterioro cognitivo y, en general, síntomas conductuales y psicológicos (SCP) como la apatía, agitación motora, depresión, ansiedad, delirios y alucinaciones que complican el tratamiento. La agitación es frecuente y se observa en el 40% al 90% de los pacientes con EA, principalmente durante los últimos estadios. En cambio, los síntomas más pasivos como la

depresión aparecen con más frecuencia en los estadios iniciales, aunque permanecen durante todo el curso de la enfermedad.

Los SPC afectan tanto a los pacientes como a sus cuidadores. Se demostró su asociación con déficit colinérgicos, serotoninérgicos, dopaminérgicos y noradrenérgicos. No obstante, aún no se conoce con precisión el papel del ácido gamma aminobutírico (GABA) al respecto. Se sabe que el GABA regula los circuitos dopaminérgicos y serotoninérgicos que controlan diferentes comportamientos. De acuerdo con lo informado en diferentes estudios, la disfunción gabaérgica se asocia con la aparición de ansiedad, síntomas psicóticos, agresividad y depresión. Por ejemplo, se halló una correlación inversa entre los niveles plasmáticos de GABA (GABA_p) y la agresividad. Asimismo, el uso de agentes gabaérgicos como los anticonvulsivos y las benzodiazepinas para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas como el trastorno bipolar sugiere que el sistema gabaérgico puede ser un blanco terapéutico atractivo para el tratamiento de los SPC que presentan los pacientes con EA.

Según los resultados de diferentes estudios, pueden observarse variaciones del nivel de GABA en regiones corticales y límbicas de pacientes con EA. Recientemente se informó una disminución generalizada del nivel de GABA en regiones frontales y temporales. No obstante, se halló una correlación significativa entre la gravedad de los síntomas depresivos de los pacientes con EA y el aumento relativo del nivel de GABA y del índice GABA/glutamato. En algunos estudios se halló una disminución significativa del nivel de GABA en el líquido cefalorraquídeo. Aunque el neurotransmisor no atraviesa la barrera hematoencefálica, los niveles de GABA_p reflejarían su funcionamiento central. En general, los resultados de los diferentes estudios son variados e inconsistentes.

El objetivo principal del presente estudio fue evaluar los correlatos conductuales de los cambios gabaérgicos en un grupo de pacientes internados con EA. Se evaluó la correlación entre dichos cambios y los síntomas depresivos y agresivos. En segundo lugar, se analizó la asociación del GABA con otros SPC.

Participaron sujetos que residían en servicios de internación a largo plazo asociados con hospitales universitarios. Todos tenían más de 55 años y reunían los criterios para el diagnóstico de demencia degenerativa primaria y EA probable de al menos un año de duración. Asimismo, sólo se incluyeron las personas con deterioro cognitivo moderado a grave y un nivel significativo de trastornos conductuales de acuerdo con los resultados del *Mini Mental State Examination* (MMSE) y del *Neuropsychiatric Inventory* (NPI), respectivamente.

Cada participante fue sometido a una evaluación cognitiva y al análisis de los niveles de GABA_p. Ninguno había recibido tratamiento con psicofármacos en forma regular durante los últimos 7 días. Aquellos que recibían dosis estables de inhibidores de la colinesterasa o memantina continuaron el tratamiento. Además, se permitió la administración de loxapina como agente de rescate. La conducta se evaluó mediante la aplicación del NPI a los cuidadores principales de cada participante. Dicho cuestionario permitió estimar la presencia de delirios, alucinaciones, depresión o disforia, ansiedad, agitación o agresividad, euforia, desinhibición, apatía y trastornos motores, inversión del ciclo sueño-vigilia y trastornos del apetito.

Participaron 8 hombres y 6 mujeres de 85.57 ± 4.54 años con EA grave. Cuatro pacientes recibían dosis estables de inhibidores de la colinesterasa. El nivel medio de GABA_p fue 12.4 ± 5.5 ng/ml y el puntaje medio total del NPI fue 33.4 ± 23.6 . En total, 13 pacientes obtuvieron un puntaje mayor de 0 en la subescala de agitación del NPI. En cuanto a las subescalas de irritabilidad, trastornos motores, apatía y desinhibición, la cantidad correspondiente de pacientes fue 12, 9, 6 y 6, respectivamente. Con respecto a las subescalas de depresión, sueño, apetito, ansiedad, delirios y alucinaciones, el número de pacientes fue 5, 5, 5, 4, 4 y 1. Por último, ningún paciente tuvo un puntaje mayor de 0 relacionado con la subescala de euforia.

Se halló una relación positiva significativa entre los niveles de GABA_p y la depresión y apatía y se observó una tendencia similar para la agitación y agresividad. En cuanto al resto de los puntajes y al puntaje total del NPI, no se demostró una correlación significativa con los niveles de GABA_p. Con respecto a las variables demográficas, los niveles de GABA_p se

correlacionaron significativamente con la edad pero no con el puntaje del MMSE. Los pacientes fueron divididos en dos grupos según los niveles de GABA_p. Aquellos con niveles elevados presentaron puntajes significativamente superiores en el NPI correspondientes a la depresión y a la apatía. No obstante, la edad, el sexo y el puntaje del MMSE no difirieron significativamente entre ambos grupos. No se hallaron diferencias de concentración de GABA_p entre los pacientes que recibieron loxapina o inhibidores de la colinesterasa y los que no recibieron dichas drogas.

Se halló una asociación entre el aumento de los niveles de GABA_p y los síntomas de apatía y depresión. Este hallazgo es consistente con el papel inhibitorio del GABA en el sistema nervioso central y las propiedades sedativas de los agentes que aumentan la neurotransmisión gabaérgica. Los niveles de GABA_p observados en el presente estudio fueron inferiores en comparación con los hallados en estudios publicados previamente. No obstante, en dichos estudios se incluyeron pacientes con EA más leve. En consecuencia, el nivel de GABA_p podría descender a medida que disminuye la gravedad de la enfermedad.

Sólo se observó una tendencia hacia la asociación entre la conducta agresiva y el nivel de GABA_p. Casi todos los participantes presentaron cierto grado de agitación y los niveles correspondientes de GABA_p fueron relativamente bajos. No se observaron casos de pacientes con EA avanzada, sin agitación y con niveles elevados de GABA_p. Es posible que la disminución de los niveles de GABA contribuya con la presencia de comportamiento agresivo. No obstante, esto no pudo confirmarse en el presente estudio.

En muchos trabajos se apoya la administración de bezodiazepinas y anticonvulsivos para tratar a los pacientes con síntomas psicológicos y conductuales de demencia. No obstante, se informó que dichas drogas no son efectivas en todos los casos. De acuerdo con los resultados del presente estudio, los pacientes con un mayor nivel de disfunción gabaérgica serían más susceptibles a padecer síntomas psicológicos y conductuales de demencia y más tratables con agentes gabaérgicos. En coincidencia, la concentración plasmática de GABA de relacionaría con la respuesta a la administración de valproato para el tratamiento de los pacientes maníacos. Los anticonvulsivos gabaérgicos más nuevos como el tiagabina y el análogo del GABA piracetam tendrían mejores perfiles terapéuticos en comparación con las benzodiazepinas y los anticonvulsivos más antiguos.

En conclusión, existiría una asociación entre el nivel de GABA_p y determinados síntomas psicológicos y conductuales de los pacientes con demencia. No obstante, es necesario efectuar estudios adicionales.

 Información adicional en www.siic.salud.com/dato/dat053/07612008.htm

15 - Utilidad Terapéutica de las Intervenciones Centradas en la Relación entre las Madres con Depresión Posparto y sus Hijos

Jung V, Short R, Letourneau N, Andrews D

Journal of Affective Disorders 98(3):199-205, Mar 2007

La depresión posparto tiene una prevalencia que oscila entre el 3% y el 30%. El trastorno tiene consecuencias graves para el niño, como el retraso del crecimiento y desarrollo, apego inseguro hacia la madre, deterioro cognitivo y trastornos del estado de ánimo y conductuales. Se halló una transmisión intergeneracional de la depresión a través de la respuesta inadecuada de la madre durante la interacción con el niño. Esto puede afectar el vínculo temprano de diferentes modos. Por ejemplo, la falta de respuesta de las madres depresivas ante las conductas comunicativas del niño lo convierte gradualmente en

apático. En cambio, si la madre deprimida responde con niveles elevados de estimulación intrusiva para intentar una conexión con el niño, éste presentará conductas más evitativas hacia la madre.

En ciertos estudios se sugirió que los patrones de interacción inadecuada entre las madres y los hijos pueden persistir aun luego de la desaparición de los síntomas depresivos. En consecuencia, el tratamiento de la depresión no necesariamente mejorará la calidad de las interacciones. El tratamiento psicológico tendrá beneficios limitados a corto plazo y, a pesar de la mejoría sintomática y los beneficios iniciales sobre la relación entre la madre y el hijo, los trastornos emocionales y conductuales persistirán. Asimismo, los hijos de madres depresivas presentarían interacciones menos positivas aun al interactuar con adultos no depresivos. En consecuencia, los adultos tendrán menos estímulos para responder. De acuerdo con lo mencionado, al tratar a las madres con depresión posparto debe considerarse la relación directa entre la madre y el niño.

En el pasado se sugirió la utilidad de centrarse en conductas reales en un contexto de interacción. En el presente estudio se empleó el entrenamiento secuencial en habilidades para ayudar a las madres a manejar y consolar al niño angustiado y a entender el significado del comportamiento del niño y el modo en el cual la respuesta de contención afecta positivamente la interacción entre ambos. Es importante destacar que el interés del niño por la madre evocará experiencias más estimulantes para ella. El objetivo de este estudio fue evaluar si la intervención mencionada puede contrarrestar la disminución de la respuesta positiva y mejorar la relación entre la madre y el hijo. Dicha mejoría probablemente pueda demostrarse por un aumento de las expresiones positivas del niño hacia la madre.

Participaron 11 madres con sus hijos. Las mujeres presentaban depresión y tenían 21 años como mínimo. La edad promedio del grupo era 33 años, y la mayoría había completado al menos un año del nivel universitario. Todas las madres estaban casadas o tenían parejas estables y ninguna trabajaba fuera de la casa. Los niños debían tener un período de gestación de al menos 36 semanas y un peso al nacer de 2 500 g como mínimo. No se observó predominio de sexo entre los niños quienes, en promedio, tenían 3.5 meses de edad.

La depresión materna se confirmó mediante la *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) y el *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II), cuyos resultados no se modificaron significativamente entre el inicio y el final del estudio. Los hijos de madres con puntajes muy bajos o muy elevados en el BDI aparentaron ser depresivos durante la interacción cara a cara con la madre y mostraron una cantidad significativamente inferior de expresiones de interés y más tristeza y enojo. En consecuencia, los niños responderían ante el afecto depresivo de las madres.

Para mejorar progresivamente la estimulación y las respuestas a la conducta de los niños se empleó el programa *Keys to Caregiving* (KTC). Las madres fueron asistidas para ayudarles a entender el significado de diferentes conductas de los niños en distintos contextos. Se les brindó la oportunidad para practicar con el niño durante las sesiones y en el hogar, y para discutir problemas sobre el niño y la relación entre ambos. En cada sesión se evaluó y practicó el significado de las conductas del niño. Se aplicaron 5 sesiones en total centradas en diferentes ítem: 1) estado del niño, es decir, nivel de sueño y vigilia, 2) conducta del niño, 3) señales brindadas por el niño, es decir, lenguaje no verbal, 4) formas de modulación del estado del niño y 5) alimentación.

Con el objetivo de evaluar el resultado de la intervención KTC, se aplicó el procedimiento *Face-to-Face Still Face Perturbation* (FFSF), durante el cual se solicitó a la madre que jugara naturalmente con el niño durante 2 minutos sin juguetes (fase 1). A continuación, debía mirarlo inexpressivamente sin responder ante sus demandas durante un minuto (fase 2). Por último, la madre debía reanudar el juego naturalmente durante otros 2 minutos (fase 3). En numerosos estudios se informaron diferencias de respuesta ante la inexpressividad facial de la madre

entre los niños de bajo o alto riesgo. El FFSF fue registrado en cintas de video, las cuales se analizaron para identificar las expresiones faciales de los niños durante la aplicación del programa KTC. Se prestó atención a las expresiones de interés, alegría, tristeza y enojo.

Las expresiones faciales de los niños son importantes para su comunicación con la madre pero no emergen el 100% del tiempo. Se observó un aumento significativo de la expresión de interés luego de la intervención, ya desde la fase 1. Si bien las expresiones de alegría son más infrecuentes, su aparición se cuadruplicó durante la fase 1. Una vez iniciada la fase 2 se notó una disminución marcada del interés y la alegría, los cuales estuvieron elevados nuevamente al iniciarse la fase 3. Es decir, luego de la intervención los niños fueron capaces de recuperarse más efectivamente de la fase 2.

Antes de la intervención se observaron expresiones de tristeza y enojo durante la etapa 1, que no se detectaron luego de la intervención. Luego del efecto perturbador de la inexpressividad facial de la etapa 2, posteriormente a la intervención los niños fueron más demostrativos en términos de expresiones negativas. Es poco probable que la maduración haya sido un factor significativo para el aumento de las expresiones de interés y alegría.


De acuerdo con los resultados, luego de la intervención los niños fueron más capaces de anticipar la respuesta materna. En consecuencia, comunicaron sus sentimientos en forma más inmediata y dieron señales claras sobre sus preferencias. Estas conductas y expectativas forman la base de una relación más positiva y un desarrollo temprano más favorable. Además, un niño que responde adecuadamente afecta a la madre de manera positiva ya que la motiva para destinar más tiempo a la interacción entre ambos.

Las estrategias empleadas en el programa de intervención serían efectivas para fortalecer la relación entre la madre y el hijo, y promover una interacción positiva. Esto es importante ya que, como se mencionó, los problemas de interacción pueden persistir una vez que los síntomas de depresión desaparecen y además dichos síntomas pueden reaparecer. El programa KTC es útil para ayudar a que las madres desarrollen y practiquen patrones adecuados de respuesta e interacción durante los eventos cotidianos de la vida de sus hijos. Dichos patrones se vuelven habituales mediante la práctica en diferentes contextos, lo cual puede ser útil para todas las madres con depresión actual o pasada y para prevenir las recaídas.

La mejoría de la relación puede disminuir el riesgo de consecuencias negativas sobre el desarrollo y funcionamiento del niño. Ante la percepción de un contexto de cuidado más sensible, los niños utilizan a sus padres como base de seguridad para explorar el medio ambiente. Este contexto de cuidado aparece cuando los cuidadores comprenden el comportamiento de los niños y responden de manera apropiada e inmediata. En consecuencia, además del tratamiento específico de la depresión y la utilización de otros recursos de apoyo, la aplicación de un programa intensivo de entrenamiento en habilidades brindaría un beneficio adicional significativo. El programa empleado en el presente estudio puede ser incorporado en tratamientos con diferentes enfoques ya que probablemente resulte útil para madres e hijos con características diferentes.

Las intervenciones centradas en la relación entre las madres con depresión posparto y sus hijos pueden ser efectivas para aumentar la capacidad de respuesta positiva del niño y mejorar su desarrollo. Además, dichas estrategias podrían ser un componente esencial del tratamiento de las mujeres con depresión posparto.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat053/07612009.htm

 Información adicional en www.siicsalud.com; autores, instituciones investigadoras, especialidades en que se clasifican, etc.