

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 una página.

10 - Discrepancias entre las Percepciones Públicas sobre el Tratamiento de los Trastornos Mentales y la Práctica Clínica Actual

Jorm A, Wright A

Australian and New Zealand Journal of Psychiatry
41(8):656-666, Ago 2007

Generalmente los trastornos mentales comienzan durante la juventud. Si bien es importante que los pacientes sepan cómo buscar ayuda, este período de la vida se caracteriza por la falta de conocimiento y experiencia al respecto. Los datos sobre la noción que tienen los jóvenes con respecto a la salud mental también son escasos. Dicho conocimiento es importante para guiar la búsqueda de ayuda. No obstante, el conocimiento de los adultos también resulta relevante. Por ejemplo, para los adolescentes, el conocimiento de los padres puede ser crítico en relación con las acciones a seguir ante la presencia de un trastorno mental.

Se llevaron a cabo diferentes estudios acerca del conocimiento de los adultos sobre la salud mental. Como resultado se informó que, generalmente, las creencias de los adultos en cuanto a los tratamientos difieren de las de los profesionales. El objetivo del presente estudio fue evaluar el conocimiento sobre la salud mental de adolescentes y adultos jóvenes y de sus padres.

Se seleccionaron individuos de 12 a 25 años de manera aleatoria. En caso de convivir con los padres, también se invitó a uno de ellos a integrarse al estudio. Participaron 835 varones y 798 mujeres de 12 a 17 años y 958 varones y 1 155 mujeres de 18 a 25 años. Se llevó a cabo una entrevista basada en la presentación al azar de ilustraciones de sujetos jóvenes con uno de los siguientes trastornos: depresión, depresión con abuso de alcohol, fobia social y psicosis. El sexo y el grupo etario del personaje de las ilustraciones coincidieron con el del participante en cuestión. Los padres fueron evaluados con la misma ilustración que sus hijos.

Una vez presentada la figura, se realizaron diferentes preguntas para evaluar el reconocimiento del trastorno y qué harían los participantes para buscar ayuda si tuviesen el problema. Asimismo, se valoraron las creencias sobre los primeros auxilios, la prevención, la estigmatización, el aislamiento social y la exposición a los trastornos mentales. También fueron registradas las características sociodemográficas de los participantes.

Para evaluar las creencias respecto del tratamiento, se interrogó a los jóvenes acerca de la utilidad de pedir ayuda a determinadas personas como un médico generalista o de familia, un maestro, un asesor, un psicólogo, un psiquiatra, un familiar o un amigo. Se les preguntó qué pasaría si el personaje en cuestión tratara de resolver sus problemas solo. También se indagó la opinión de los participantes sobre la utilidad del tratamiento con vitaminas, hierbas, antidepresivos, sedantes, antipsicóticos y otros fármacos. Por último, se evaluó la opinión de los participantes sobre la utilidad de la actividad física, el entrenamiento en relajación, la meditación, la acupuntura, la higiene del sueño, la terapia cognitivo conductual, la búsqueda de información por internet, los libros de autoayuda y la concurrencia a un grupo de apoyo o a un servicio de salud mental.

En total, 929, 944, 905 y 968 personajes fueron clasificados por los participantes como depresivos, depresivos y alcohólicos, fóbicos sociales y psicóticos. La coincidencia entre los jóvenes y sus padres fue importante. La mayoría de los miembros de ambos grupos refirieron que creían de utilidad consultar a un médico generalista, familiar o amigo, recibir asesoramiento personal o telefónico, participar en grupos de apoyo y realizar

actividad física. Asimismo, se observó coincidencia entre padres e hijos respecto de la peligrosidad de afrontar el problema en soledad, recibir psicotrópicos o ser internado en un servicio de psiquiatría.

Las diferencias entre los jóvenes y sus padres fueron menos notorias en comparación con las similitudes y su magnitud fue pequeña a moderada. Los padres fueron más positivos con respecto a los médicos generalistas y acerca de buscar ayuda en los maestros. Asimismo, consideraron más peligrosa la resolución del problema en soledad. En cambio, los jóvenes fueron más optimistas respecto de la búsqueda de ayuda en los amigos y familiares.

En cuanto a las intervenciones especializadas, los padres fueron más positivos respecto de la consulta psicológica, la terapia cognitivo conductual y la consulta a un servicio de salud mental. También tuvieron una actitud más positiva en relación con el uso de la hierba de San Juan y con respecto a tratamientos complementarios. No obstante, fueron más negativos respecto del uso de medicación psiquiátrica. Los jóvenes fueron más positivos en cuanto a la búsqueda de información en internet, lo cual coincide con su utilización más frecuente en este grupo etario.

La única diferencia significativa entre los adolescentes y los adultos jóvenes fue que el primer grupo mostró más aprobación con respecto a la búsqueda de ayuda en maestros. Entre otras diferencias de menor magnitud, los adultos jóvenes fueron más positivos en cuanto a los psicólogos, los psiquiatras, los médicos generalistas, la terapia cognitivo conductual, la consulta a los servicios de salud mental, la meditación, los masajes y la acupuntura.

Los participantes que analizaron la figura de fobia social presentaron una tendencia menos positiva en lo que se refiere a las intervenciones médicas, el uso de psicofármacos y la consulta a servicios de salud mental. En cambio, los que analizaron la figura de psicosis presentaron una tendencia más positiva respecto del uso de antipsicóticos, la consulta a servicios de salud mental y la admisión hospitalaria. En cuanto a la depresión, las respuestas fueron similares ya sea ante la presencia o no de comorbilidad con alcoholismo.

En general, se observó una coincidencia entre los jóvenes y sus padres respecto de la utilidad de las intervenciones para los diferentes trastornos mentales presentados. Las visiones más negativas se relacionaron con la medicación psiquiátrica y la admisión hospitalaria, lo cual coincide con lo informado en estudios anteriores. Al comparar a los adolescentes, adultos jóvenes y sus padres se observaron más similitudes que diferencias.

Las diferencias entre los adolescentes y sus padres fueron mayores que las observadas entre los adultos jóvenes y sus progenitores. Los padres fueron más positivos respecto de los especialistas en salud mental y las terapias complementarias y más negativos en cuanto a la medicación psiquiátrica. Esto reflejaría en parte un conocimiento menor en el grupo de menor edad. Sorprendentemente, los jóvenes tuvieron más probabilidades de ver a los familiares como fuente de ayuda que los padres. Esto sugiere que los padres subestiman su propio potencial.

Desde una perspectiva idealista, la aprobación pública de las intervenciones terapéuticas recomendadas debería ser cercana al 100%. De acuerdo con los resultados, la mayor deficiencia en este aspecto se relaciona con el uso de psicofármacos. Sólo una minoría de los participantes los clasificó como útiles, en tanto que la mayoría los consideró peligrosos. No obstante, la mayoría opinó que los psiquiatras y los servicios de salud mental eran beneficiosos, aunque no se observó lo mismo respecto de la hospitalización.

La medicación antidepressiva es un aspecto fundamental del tratamiento de los adultos con fobia social o depresión. Para los adolescentes, los antidepressivos no son recomendados en caso de depresión leve o como primera opción en caso de cuadros moderados a graves. De acuerdo con los resultados del presente estudio, los antidepressivos fueron las drogas más aceptadas, aunque menos de la mitad de los participantes los consideró útiles en caso de fobia social o depresión. Los padres tuvieron una visión más negativa sobre el uso de antidepressivos en adolescentes en comparación con su uso en adultos jóvenes. Esto coincide con las recomendaciones terapéuticas vigentes. En todos los grupos, los antidepressivos fueron considerados menos favorables que las vitaminas.

El tratamiento psicológico es recomendado para todos los trastornos evaluados. La terapia cognitivo conductual fue concebida como útil por menos de la mitad de los participantes. No obstante, esto podría deberse a la falta de conocimientos sobre el tratamiento. Asimismo, los participantes no creyeron que dicha estrategia fuese peligrosa. En cambio, el asesoramiento psicológico, una estrategia menos específica, fue clasificada como útil por todos los grupos. En coincidencia, los psicólogos y psiquiatras fueron clasificados menos positivamente que los asesores psicológicos. Muchas de las terapias complementarias y de autoayuda fueron clasificadas como probablemente útiles.

Los hallazgos del presente estudio tienen importancia para saber sobre qué áreas deben centrarse las campañas para mejorar el conocimiento acerca de la salud mental. El objetivo debería ser cambiar la actitud de la población con respecto a la medicación y las terapias psicológicas específicas. Asimismo, es importante que los jóvenes conozcan la disponibilidad y la utilidad de los servicios de psicología. Son necesarios datos adicionales sobre las intervenciones complementarias y de autoayuda. Esto incluye la evaluación exhaustiva de las intervenciones aceptadas y empleadas por la población. Recientemente se informó que la mayoría de los sujetos que sufrieron depresión clasificaron dichas intervenciones como útiles.

Debido a que los adolescentes tienen menos experiencia, necesitan los consejos de sus allegados, amigos o familiares, para buscar ayuda profesional. No obstante, los padres tienden a subestimar su importancia en comparación con lo referido por sus hijos. Los padres necesitan asesoramiento acerca del modo de ayudar a los jóvenes que presentan un trastorno mental.

Existen ciertas discrepancias entre las percepciones públicas sobre el tratamiento de los trastornos mentales y la práctica clínica actual. Dichas discordancias pueden ser el blanco de las campañas comunitarias de salud mental y del entrenamiento en primeros auxilios. Además, algunas intervenciones terapéuticas deberían describirse con terminología más apropiada para lograr la aceptación de los más jóvenes. Por último, es necesario evaluar más exhaustivamente las intervenciones complementarias y de autoayuda aceptadas por la gente joven.

 Información adicional en www.siiisalud.com/dato/resiic.php/92281

11 - Estimulación Magnética Transcraneal para el Tratamiento de la Depresión

Bortolomasi M, Minelli A, Mangano P y colaboradores

Psychiatry Research 150(2):181-186, Mar 2007

Existe un interés creciente sobre la utilidad terapéutica de la estimulación magnética repetitiva transcraneal (EMRT) en pacientes con diferentes trastornos psiquiátricos. La EMRT de la corteza prefrontal puede, potencialmente, modular selectivamente la actividad de las regiones cerebrales implicadas en patologías como la depresión y la esquizofrenia. De acuerdo con los resultados de diferentes estudios, la EMRT de la corteza

prefrontal resulta beneficiosa para el tratamiento de los pacientes con trastorno depresivo mayor.

Hasta el momento, no existe una estandarización de los parámetros de estimulación magnética repetitiva, como la frecuencia, intensidad y localización, para el tratamiento de la depresión. En los estudios al respecto se emplearon parámetros variados. Además, los datos empíricos para guiar la elección de los parámetros son escasos y no se sabe cuál es la opción clínicamente más beneficiosa.

Recientemente se informó la mayor utilidad de determinados parámetros. La estimulación magnética transcraneal puede excitar o inhibir a la corteza cerebral. Esto depende de la frecuencia de aplicación de la estimulación repetitiva. Su aplicación en la corteza prefrontal de adultos con depresión provoca un aumento de la actividad cortical con incremento del flujo cerebral regional. Esto sugiere que la frecuencia de la EMRT es importante respecto de la modulación de la actividad cortical. En otro estudio se halló una disminución del puntaje de la *Hamilton Depression Rating Scale* del 50% en el 41% de los pacientes depresivos que recibieron EMRT.

De acuerdo con lo observado en los trabajos anteriores, la aplicación de pulsos magnéticos más potentes, es decir, con un umbral motor mayor o igual al 100%, tiene mejores resultados en comparación con la aplicación de pulsos menos intensos. El empleo de estimulación magnética transcraneal lateralizada se basa en la hipótesis de la asociación de los trastornos del estado de ánimo con una disfunción de los lóbulos frontales. Según lo hallado en diferentes estudios radiológicos y anatómicos, la depresión se asociaría con una disminución de la función del lóbulo frontal izquierdo.

Previamente se halló una diferencia significativa entre la estimulación activa y falsa respecto del efecto a largo plazo en sujetos depresivos. Asimismo, se describieron los resultados longitudinales a largo plazo de este tratamiento activo en pacientes con depresión grave. El objetivo del presente estudio controlado fue evaluar los resultados de la aplicación de la EMRT de alta frecuencia en el lóbulo frontal izquierdo luego de un mes de tratamiento en individuos depresivos.

Los participantes reunían los criterios para el diagnóstico de depresión mayor resistente al tratamiento farmacológico y fueron distribuidos aleatoriamente para recibir EMRT activa o EMRT falsa. Los grupos estuvieron conformados por 12 y 7 pacientes, respectivamente. No se observaron diferencias entre ambos grupos respecto de la edad, el sexo, los parámetros clínicos y el tratamiento farmacológico antidepressivo. Todos los participantes eran diestros y no presentaban antecedentes de trauma cerebral o crisis convulsivas ni resultados anormales en la evaluación neurológica.

En la EMRT se utilizó una bobina circular externa de 90 mm. No se empleó estimulación focal debido a que se quiso obtener una medición estable en las regiones motoras y un efecto frontal más difuso. El umbral motor se determinó inicialmente en la corteza motora izquierda mediante la medición de la intensidad mínima que provocase una respuesta motora en la eminencia tenar. La bobina se ubicó sobre el área prefrontal izquierda según criterios estandarizados. Cada paciente recibió 5 sesiones semanales. Cada sesión incluyó 800 estímulos diarios en 20 series de 20 Hz al 90% del umbral de evocación del potencial motor. Ningún paciente había recibido EMRT con anterioridad.

La evaluación clínica fue llevada a cabo por un psiquiatra y un psicólogo. La gravedad de la depresión se evaluó mediante la *Hamilton Depression Rating Scale* y el *Beck Depression Inventory* al inicio del estudio y luego de 1, 4 y 12 semanas de la EMRT.

En general, el tratamiento fue bien tolerado y no se informaron efectos adversos de importancia. Algunos de estos efectos informados por los pacientes fueron incomodidad, tics faciales durante la EMRT y cefaleas leves luego de ésta. Todos refirieron somnolencia durante varias horas luego de la EMRT. Algunos sujetos informaron una mejoría del insomnio luego de la primera sesión. Los pacientes que recibieron EMRT falsa no presentaron ningún efecto relacionado con la somnolencia y el sueño.

El puntaje correspondiente a la depresión disminuyó significativamente durante la EMRT. Los resultados fueron similares para las 2 escalas aplicadas, con valores significativamente diferentes entre el inicio del tratamiento y las semanas 1 y 4. No se hallaron diferencias significativas entre los puntajes de las escalas de depresión al inicio y a las semanas 1 y 4 en los pacientes que recibieron EMRT falsa.


Se halló una diferencia significativa del puntaje de la *Hamilton Depression Rating Scale* y del *Beck Depression Inventory* entre los 2 grupos luego de 1 y 4 semanas de tratamiento. No obstante, las diferencias entre ambos grupos al inicio del estudio no fueron significativas. Es decir, los pacientes tratados con EMRT activa presentaron una mejoría significativa de la sintomatología depresiva en comparación con los que recibieron EMRT falsa. Luego de 3 meses, los sujetos que habían recibido EMRT activa revirtieron el estado de depresión inicial.

De acuerdo con los resultados del presente estudio controlado, la EMRT de alta frecuencia aplicada a nivel frontal izquierdo tiene un efecto antidepressivo significativo. Los efectos antidepressivos de la EMRT rápida de la corteza prefrontal dorsolateral fueron informados con anterioridad. Las mejorías fueron significativas y se verificaron al evaluar los resultados de la *Hamilton Depression Rating Scale* y del *Beck Depression Inventory* transcurridas 1 y 4 semanas de la EMRT. Al evaluar a la cohorte tratada con EMRT en conjunto, la mejoría no se observó a los 3 meses de seguimiento. No obstante, al menos 2 pacientes presentaron cambios duraderos durante 3 meses, lo cual indicaría una acción verdadera y descartaría un efecto placebo. En general, no se informaron efectos adversos, excepto cefalea leve en 3 pacientes.

Los autores sugieren que la EMRT aumentaría el efecto de los antidepressivos. Otro uso potencial de la EMRT sería la potenciación y la aceleración del efecto del tratamiento antidepressivo. No obstante, son necesarios estudios adicionales al respecto. Se observó somnolencia en todos los sujetos que recibieron EMRT activa. Asimismo, informaron una mejoría subjetiva del sueño luego de la primera sesión. La mayoría de los pacientes sufría insomnio previamente. Es posible que la somnolencia subjetiva sea un efecto de la EMRT.

En el presente estudio no se efectuó una comparación entre la EMRT y la terapia electroconvulsiva. No obstante, de acuerdo con lo informado en trabajos anteriores, los resultados de la aplicación de ambas terapias en pacientes depresivos serían comparables. Esto es importante debido a que la EMRT puede ser una alternativa válida, más segura y mejor tolerada que la terapia electroconvulsiva en el caso de depresión grave o resistente al tratamiento.

La EMRT puede tener un efecto prolongado sobre el estado de ánimo de los pacientes depresivos. Son necesarios estudios adicionales sobre los efectos de la EMRT a largo plazo. Asimismo, deben estandarizarse los parámetros de estimulación y la frecuencia de las sesiones.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/92283

12 - Utilidad de la Colesterolemia y de la Prueba de Supresión de la Dexametasona para Evaluar el Riesgo de Suicidio

Coryell W, Schlesser M

Psychiatry Research 150(2):187-191, Mar 2007

En Estados Unidos, el suicidio es una de las principales causas de muerte y, en la mayoría de los casos, se encuentra precedido por el trastorno depresivo mayor. Asimismo, la mayoría de las admisiones psiquiátricas de los pacientes con trastorno depresivo mayor se relacionan con el riesgo de suicidio. La tendencia

suicida se puede verificar en los pensamientos, planes y conducta del paciente. No obstante, la evaluación del riesgo de suicidio es más compleja y se deben tener en cuenta otros factores.

En este contexto, el empleo de parámetros biológicos prácticos, sensibles y específicos relacionados con el riesgo de suicidio tendría un valor importante. Uno de los parámetros potenciales más investigados es la falla para suprimir completamente el cortisol plasmático luego de la administración de 1 mg de dexametasona. De acuerdo con los hallazgos existentes, la hiperactividad del eje hipotálamo-hipofisis-suprarrenal (HHS) es un factor de riesgo de suicidio en pacientes con trastorno depresivo mayor. Esto apoya la validez de la prueba de supresión como parámetro de tendencia suicida. En un metanálisis efectuado recientemente se concluyó que la no supresión en la prueba de supresión de la dexametasona (PSD) aumenta el riesgo de suicidio 4.6 veces.

Otro parámetro clínico accesible potencialmente útil es la concentración sérica de colesterol. En numerosos informes se relacionó la hipocolesterolemia con el aumento del riesgo de suicidio. La asociación entre la hipocolesterolemia y el riesgo de suicidio no se limitaría a los sujetos con trastorno depresivo mayor. Esta asociación sería especialmente fuerte para las formas violentas de intento de suicidio. En consecuencia, también sería un factor de riesgo de suicidio consumado. La relación entre la colesterolemia y el riesgo de suicidio se asocia con la concordancia entre los niveles de colesterol y los niveles de serotonina. La disfunción serotoninérgica es un factor conocido relacionado con el comportamiento suicida. Esta asociación estaría mediada por el aumento de la agresividad. La hipocolesterolemia se relacionó con la disminución de la serotonina plaquetaria y la disminución de la concentración plasmática del neurotransmisor.

La disfunción serotoninérgica y la hiperactividad del eje HHS serían factores de riesgo independientes de suicidio. La primera ocasionaría impulsividad, en tanto que la segunda se relacionaría con el dolor físico y la agitación. El objetivo del presente estudio fue evaluar si ambos procesos tienen un efecto aditivo sobre el riesgo de suicidio.

Participaron 78 pacientes hospitalizados con diagnóstico de depresión en el contexto de depresión unipolar, trastorno bipolar, trastorno bipolar tipo II o trastorno esquizoafectivo. Todos fueron sometidos a la PSD. Las evaluaciones clínicas iniciales fueron exhaustivas e incluyeron la aplicación de la *Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia*. La PSD fue efectuada durante los primeros 3 días de hospitalización y la colesterolemia se midió a las 8, 16 y 23 horas. Todos los participantes fueron seguidos mediante entrevistas directas efectuadas cada 6 meses durante los primeros 5 años y anualmente a partir de ese momento.

Ante la detección de un caso de suicidio, se realizó una entrevista con los familiares del paciente para evaluar las circunstancias de la muerte. Además, se aplicó el *National Death Index*. El 21.9% de los participantes con un nivel de cortisol posterior a la dexametasona mayor de 5 µg/dl, es decir, indicador de no supresión, se suicidaron. En cambio, sólo un paciente de los 46 restantes se suicidó, lo cual corresponde al 2.2%. La colesterolemia en ayunas fue uno de los parámetros de rutina obtenidos en el momento de la admisión.

Los pacientes que se suicidaron presentaron un valor medio de colesterolemia en ayunas de 185.4 mg/dl, en tanto que para el resto, dicho valor fue de 213.6 mg/dl. No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos respecto de la edad. La mayoría de los integrantes de ambos grupos eran del sexo femenino. De acuerdo con el análisis efectuado, el valor de colesterolemia de 190 mg/dl presentó el mejor equilibrio entre especificidad y sensibilidad.

La concentración de colesterol no difirió según el resultado de la PSD. La colesterolemia entre los pacientes supresores y no



Información adicional en www.siicsalud.com: otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.

supresores que se suicidaron o que no lo hicieron no fue significativamente diferente. Los valores de colesterol fueron divididos en 3 grupos. Aquellos sujetos con valores inferiores a 190 mg/dl fueron considerados de alto riesgo. El 17.4% de los pacientes de alto riesgo se suicidó, en tanto que en el grupo restante, lo hizo el 7.8%. El riesgo diferencial aumentó progresivamente durante el período de seguimiento. La proporción de pacientes que se suicidaron aumentó ante la presencia de resultados anormales en la PSD y de niveles anormales de colesterol. En cambio, la menor proporción de pacientes que consumaron el suicidio se observó entre los que presentaban resultados normales para ambas determinaciones.

De acuerdo con los resultados de este estudio, en los pacientes hospitalizados que presentan un trastorno depresivo mayor, la hipocolesterolemia se asoció con un aumento del riesgo de suicidio. Los resultados de la PSD también fueron predictivos de suicidio. No obstante, no se observó relación entre los resultados de la PSD y la colesterolemia. Los hallazgos coinciden con la hipótesis de la hiperactividad del eje HHS y del déficit serotoninérgico como factores de riesgo de suicidio.

La aplicación clínica de la colesterolemia y de la PSD presupone la existencia de límites adecuados entre los resultados indicadores de alto o bajo riesgo. El nivel de 5 µg/dl de cortisol observado a las 8 o 14 horas luego de la administración de dexametasona a las 11 de la noche es el más empleado para determinar la hiperactividad del eje HHS. No obstante, dicho valor fue hallado óptimo para diferenciar la depresión melancólica de la depresión no melancólica pero no para evaluar el riesgo de suicidio. De acuerdo con los hallazgos de estudios anteriores, el riesgo de suicidio disminuye progresivamente a medida que la colesterolemia aumenta.

Los resultados indicaron una relación significativa entre la colesterolemia y el riesgo de suicidio únicamente al tener en cuenta la edad. Esto convierte en más problemático el empleo de las concentraciones de colesterol como herramienta para estimar el riesgo de suicidio ya que es necesario definir los valores a tener en cuenta para cada edad. Debido a la asociación hallada entre la hipocolesterolemia y el suicidio en diferentes estudios efectuados en la comunidad, los datos sobre la distribución normal de dicho valor en la población general serían de utilidad.

Al tener en cuenta el umbral correspondiente a la edad de los pacientes, la concentración sérica de colesterol y el resultado de la PSD pueden brindar una estimación clínicamente útil del riesgo de suicidio.

 Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/resiic.php/92284

13 - Variación de los Síntomas de Autismo según el Orden de Nacimiento

Reichenberg A, Smith C, Schmeidler J, Silverman J

Psychiatry Research 150(2):199-204, Mar 2007

El autismo es un trastorno de origen predominantemente genético. No obstante, su heterogeneidad obstaculizó la detección de los genes involucrados. Una alternativa de investigación consiste en emplear las características neurobiológicas asociadas con los fenotipos de autismo. Los diferentes *loci* de susceptibilidad se asocian con fenotipos variados que pueden aumentar el riesgo de autismo o influir sobre las manifestaciones clínicas. Esto permite identificar subgrupos genéticamente homogéneos y explicar la heterogeneidad del trastorno.

El síndrome autista se define por 3 grupos principales de disturbios conductuales: sociales e interpersonales, del lenguaje y la comunicación, y comportamiento repetitivo o patrones

estereotipados. De acuerdo con lo hallado en estudios efectuados en hermanos autistas, la varianza sería menor para las conductas repetitivas, la comunicación no verbal y el discurso enlentecido. Esto apoya el concepto de la familiaridad de dichos parámetros.

También se informó la existencia de características genéticas en pacientes autistas. Por ejemplo, se informó que el orden de nacimiento influye sobre las manifestaciones. Los primogénitos presentarían puntajes más desfavorables respecto de las conductas repetitivas. En cambio, los hermanos nacidos en segundo lugar tendrían más probabilidades de ser clasificados como no verbales y presentar un deterioro mayor en este aspecto. El objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto del orden del nacimiento sobre el fenotipo del autismo y sobre la interdependencia existente entre las características conductuales del trastorno.

Se reclutaron familias con incidencia múltiple para autismo y trastornos asociados y se evaluaron los miembros del núcleo familiar con sospecha de autismo. Sólo participaron integrantes de familias en las cuales el primer y segundo hijos eran autistas. La evaluación se efectuó mediante la *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R), que permite diferenciar el autismo de otros trastornos mentales en sujetos con una edad mental de 18 meses o más. Durante la entrevista participa el cuidador principal del paciente, generalmente la madre. Su aplicación permitió evaluar diferentes dominios: comunicación verbal y no verbal, interacción social, comportamiento repetitivo y patrones estereotipados.

La ADI-R se aplicó en el mismo momento a todos los participantes. En consecuencia, los hijos nacidos en segundo orden tenían una menor edad en el momento de la evaluación. No se observaron diferencias significativas entre el grupo de primogénitos y el grupo de nacidos en segundo orden respecto de la distribución por sexo. En el grupo de primogénitos, la edad no se correlacionó significativamente con el puntaje de la ADI-R o con el lenguaje verbal. El sexo sólo se correlacionó con las conductas repetitivas ya que los varones presentaron un puntaje más desfavorable. En el grupo de nacidos en segundo orden, la edad se correlacionó significativamente y en forma positiva con el puntaje relacionado con las conductas repetitivas. También se observó una correlación negativa significativa entre la edad y el lenguaje verbal.

En cuanto al comportamiento repetitivo, el puntaje total fue significativamente peor en el grupo de primogénitos en comparación con el grupo de nacidos en segundo orden. En cambio, el lenguaje verbal fue significativamente superior en el grupo de primogénitos en comparación con el grupo de nacidos en segundo orden. No se observaron diferencias significativas en el puntaje de la ADI-R relacionado con la comunicación no verbal y la interacción social recíproca. Dentro de cada familia, las diferencias de edad y sexo no se asociaron significativamente con las diferencias de dominio sintomático o el lenguaje verbal evaluados mediante la ADI-R. En cuanto al comportamiento repetitivo, las diferencias entre el grupo de primogénitos y el de nacidos en segundo orden se relacionaron principalmente con un mayor nivel de compulsiones y, en menor medida, de apatía en el primer grupo.

Se observó una correlación significativa entre los puntajes de la ADI-R correspondientes a la comunicación no verbal y la interacción social. Sin embargo, dicha correlación fue negativa en el grupo de primogénitos y positiva en el grupo de nacidos en segundo orden. El puntaje referente a la comunicación no verbal se correlacionó significativamente y positivamente con el puntaje del lenguaje verbal. En el grupo de nacidos en segundo orden, el puntaje peor de interacción social se relacionó con un puntaje peor de comportamiento repetitivo.

De acuerdo con los resultados de un análisis de regresión lineal, el orden de nacimiento tiene un efecto significativo sobre la diferencia entre hermanos relacionada con el dominio de comportamiento repetitivo de la ADI-R. Es decir, el orden de nacimiento se relacionaría con la gravedad del comportamiento

repetitivo más allá del lenguaje verbal, el sexo y otros dominios de la ADI-R. Asimismo, el orden de nacimiento tuvo un efecto significativo sobre la diferencia de lenguaje verbal entre hermanos. Esto indica que el orden de nacimiento se relaciona con el nivel de lenguaje verbal independientemente del sexo y de otros dominios de la ADI-R. El grupo de nacidos en segundo orden presentó un peor nivel de interacción social en comparación con el grupo de primogénitos. No se observó una asociación significativa entre el orden de nacimiento y la comunicación no verbal.

De acuerdo con los resultados del presente estudio, el orden de nacimiento se asocia con los niveles de comportamiento repetitivo y comunicación verbal evaluados mediante la ADI-R. Los primogénitos presentaron un puntaje significativamente peor respecto del comportamiento repetitivo en comparación con el grupo de nacidos en segundo orden. En cambio, el grupo de primogénitos presentó un nivel significativamente superior de comunicación verbal en comparación con el grupo de nacidos en segundo orden. Los hallazgos coinciden con lo informado en trabajos anteriores. No obstante, el presente estudio permite sugerir que el efecto del orden de nacimiento sobre el comportamiento repetitivo y el lenguaje verbal es independiente.

El mejor lenguaje verbal de los primogénitos podría deberse a su mayor edad y, en consecuencia, su mayor nivel de maduración. También debe tenerse en cuenta el efecto de la exposición a tratamientos previos focalizados en el lenguaje. Otra hipótesis para explicar esta diferencia es que posiblemente los padres presten menos atención y estimulen en menor medida a los hijos más pequeños. No obstante, debe destacarse que las diferencias de edad entre los hermanos no se correlacionaron con las diferencias de lenguaje verbal. La edad se correlacionó significativamente y negativamente con el lenguaje verbal sólo en el grupo de nacidos en segundo orden.

En cuanto al comportamiento repetitivo más grave en el grupo de primogénitos, puede ocurrir que los padres hayan estado más atentos a la expresión de conductas repetitivas en los hijos más pequeños debido a la experiencia previa. En consecuencia, el tratamiento habría sido aplicado a una menor edad. No obstante, la diferencia de edad entre los hermanos no se correlacionó significativamente con la diferencia del puntaje de conductas repetitivas. Las diferencias relacionadas con el comportamiento repetitivo observadas entre los hermanos se deberían a discrepancias de la gravedad general de la enfermedad.

Es probable que el autismo resulte de la interacción de múltiples genes, cada uno de los cuales tenga una contribución pequeña. Asimismo, los factores ambientales se suman a la predisposición genética. Las diferencias observadas entre hermanos se oponen a la idea de mecanismos puramente genéticos. Los resultados del presente estudio permiten afirmar la existencia de correlaciones entre los puntajes de algunos de los dominios del autismo. Los niveles de comunicación no verbal se asocian positivamente con el nivel de comunicación verbal. Esto sugiere que la gravedad del déficit del lenguaje se correlaciona en forma positiva con la gravedad del déficit de comunicación no verbal. Asimismo, la comunicación no verbal se correlaciona con la interacción social. No obstante, entre los primogénitos una peor comunicación se relacionó con una mejor interacción social, mientras que en el grupo de nacidos en segundo orden, la peor comunicación se relacionó con una peor interacción social. A su vez, en este último grupo, la interacción social desfavorable se relacionó con un comportamiento repetitivo más grave.

Los resultados del presente estudio pueden tener consecuencias sobre los estudios genéticos en los cuales se emplean fenotipos para seleccionar familias. Sin embargo, independientemente de los efectos del orden de nacimiento sobre el fenotipo, algunos de los fenotipos conductuales del autismo se interrelacionan. Es decir, la selección de familias para realizar estudios genéticos mediante un fenotipo único puede excluir otras características del autismo. Esto limita la

especificidad de los hallazgos genéticos. En consecuencia, debe reconsiderarse el empleo del fenotipo para la selección de familias.

Las dimensiones sintomáticas específicas del autismo pueden correlacionarse entre sí y variar dentro de una misma familia según el orden de nacimiento. Estos datos pueden emplearse para definir mejor la información fenotípica empleada en estudios genéticos sobre el autismo y disminuir la heterogeneidad genética.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resic.php/92285

14 - El Orden de Nacimiento Influye sobre las Características de la Esquizofrenia

Gaughran F, Blizard R, Owen M y colaboradores

Psychiatry Research 150(2):205-210, Mar 2007

La esquizofrenia es un trastorno de etiología compleja, la cual involucra factores genéticos y ambientales. Se asume que la predisposición genética aumenta el riesgo de padecer esquizofrenia luego de la exposición a un ambiente desfavorable. No obstante, también se propone que el genotipo puede conducir a un medio ambiente adverso.

En un informe se señaló la importancia de la incompatibilidad Rh respecto de la esquizofrenia. Esto se debe a que la enfermedad hemolítica neonatal puede ocasionar trastornos del neurodesarrollo en forma directa o indirecta debido al nacimiento prematuro. Sin embargo, los anticuerpos Rh no son los únicos aloanticuerpos maternos posiblemente relacionados con la esquizofrenia. Se demostró que los hombres esquizofrénicos con positividad para los antígenos leucocitarios humanos (HLA) A1, A3, A10 o A11 presentan una enfermedad de inicio más temprano en comparación con los pacientes negativos para dichos antígenos.

Debido a que la esquizofrenia es una entidad de herencia compleja, resulta importante evaluar los patrones de incidencia relacionados con la incompatibilidad materno-fetal ante antígenos desconocidos. Uno de los patrones es el orden de nacimiento. Se informó que los hijos más pequeños presentan una incidencia mayor de esquizofrenia. No obstante, en otros estudios no se hallaron los mismos resultados. Asimismo, se informó la influencia del sexo o del intervalo intergenésico. La multiparidad materna también se asocia con un aumento del riesgo de esquizofrenia en los hijos varones.

En diferentes estudios se evaluó la relación entre el orden del nacimiento y el pronóstico de la esquizofrenia. Por ejemplo, se informó que los sujetos con una cantidad superior de hermanos mayores presentaban un peor pronóstico en comparación con los que tenían menos. Asimismo, los primogénitos esquizofrénicos presentaron un mejor desempeño en un programa terapéutico. Los autores del presente estudio propusieron que si la incompatibilidad materno-fetal ocasiona una proporción considerable de casos de esquizofrenia, los hijos menores de familias con múltiplemente afectadas deberían presentar una enfermedad más grave en comparación con sus hermanos mayores. El presente estudio fue realizado con el objetivo de evaluar dicha hipótesis.

Participaron 150 pares de hermanos con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo según criterios diagnósticos de DSM-IV. Cada par estuvo integrado por el primogénito y el hermano nacido en segundo lugar. Todos los participantes eran de raza blanca. La edad promedio de los primogénitos y sus hermanos fue 43.9 y 39.6 años, respectivamente. La mayoría era de sexo masculino y presentaba esquizofrenia.



Información adicional en www.siicsalud.com: otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.

La *Global Assessment Scale* (GAS) se utilizó para evaluar el funcionamiento general. También se empleó la *OPCRIT Checklist* para evaluar la gravedad de la enfermedad. Las determinaciones principales fueron la gravedad del peor episodio de esquizofrenia y el deterioro en comparación con el funcionamiento premórbido. En segundo lugar se evaluó la edad de comienzo de la enfermedad, la respuesta al tratamiento antipsicótico y el curso de la patología. La función premórbida se determinó según el estado civil y el antecedente de abuso de alcohol, marihuana u otras drogas.

No se observó una asociación entre la gravedad de la enfermedad y el orden de nacimiento. No obstante, los hermanos menores tuvieron más probabilidades de presentar deterioro en comparación con su nivel de funcionamiento premórbido. La edad de inicio de la enfermedad fue más baja en los hermanos menores. El orden de nacimiento no predijo la respuesta al tratamiento antipsicótico.

Los hermanos menores presentaron menos probabilidades de tener una pareja estable. No se observaron diferencias respecto de la proporción de sujetos que trabajaban en el momento de inicio de la enfermedad o en cuanto al porcentaje de individuos con un peor funcionamiento social o laboral premórbido. Fue menos probable que estuviera en pareja aquel paciente cuyo hermano mayor era una mujer. Sin embargo, los resultados deben interpretarse con cautela debido a la escasa cantidad de participantes.

De acuerdo con los resultados del presente estudio sobre esquizofrenia, el nacimiento en segundo orden disminuye la probabilidad de recuperación del nivel premórbido de funcionamiento social, laboral o emocional. Asimismo, se relaciona con una enfermedad de inicio más temprano. Esto coincide con lo hallado en trabajos anteriores.

Si se postula que la respuesta inmune materna es más grave ante la exposición secuencial, el daño cerebral debería haber sido mayor en los hijos menores. Sin embargo, no se observaron diferencias de funcionamiento laboral y social premórbido entre los hermanos. Solamente se halló un peor funcionamiento una vez iniciada la enfermedad. En consecuencia, esto se relacionaría con un factor específico de la progresión de la enfermedad y no con un factor premórbido.

El efecto del orden de nacimiento asociado con las respuestas aloinmunitarias materno-fetales podría aplicarse en el caso de la esquizofrenia. El orden de nacimiento aumenta la exposición a las reacciones inmunes maternas. No obstante, se deben tener en cuenta otros factores biológicos y sociales relacionados con el orden de nacimiento como la edad y la salud de los padres o el estrés materno. Por ejemplo, la edad avanzada de los padres aumenta el riesgo de esquizofrenia en los hijos. En consecuencia, los hijos menores podrían presentar cuadros más graves debido a la acumulación de mutaciones genéticas y no a la exposición a la respuesta inmunitaria materna. El inicio más temprano de la enfermedad en los hermanos menores también puede relacionarse con la consulta precoz debido a la experiencia familiar respecto de las enfermedades mentales. No obstante, la consulta precoz debería relacionarse con un mejor pronóstico.

Los resultados del presente estudio apoyan la hipótesis acerca de la influencia del orden de nacimiento sobre las características de la enfermedad. El nacimiento en segundo orden se relaciona con una forma más grave de esquizofrenia y menos probabilidades de retorno al estadio de funcionamiento premórbido. Sin embargo, las incompatibilidades inmunitarias materno-fetales no constituyen una explicación suficiente para estos hallazgos, los cuales se relacionarían con mecanismos diferentes y múltiples.

15 - La Señalización Endocanabinoide es Importante Respecto de la Conducta Emocional Femenina

Hill M, Karacabeyli E, Gorzalka B

Psychoneuroendocrinology 32(4):350-357, May 2007

Los estrógenos tienen efectos sobre el estado de ánimo y las emociones. Por ejemplo, la menopausia puede asociarse con la aparición de ansiedad y depresión. Estos efectos involucrarían mecanismos genéticos y, a más corto plazo, relacionados con el receptor serotoninérgico 5-HT_{1A}. Asimismo, se postula la participación de otros sistemas de neurotransmisión, lo cual debe ser evaluado con mayor profundidad.

El sistema endocanabinoide es un mediador potencial de los efectos conductuales de los estrógenos. La activación del receptor canabinoide CB1 por ligandos exógenos o endógenos tiene efectos significativos y complejos sobre el comportamiento emocional. Dichos efectos son similares a los observados luego de la administración de estrógenos.

Un sitio potencial de interacción molecular entre los estrógenos y el sistema endocanabinoide es la enzima amidohidrolasa de ácidos grasos, la cual está involucrada en el metabolismo de la anandamida, lípido agonista de los receptores CB1. La secuencia genética de la enzima amidohidrolasa de ácidos grasos tiene un elemento de respuesta a los estrógenos y la translocación del receptor estrogénico al núcleo inhibe su transcripción. Se halló que los estrógenos disminuyen la expresión y la actividad de la enzima en el tejido uterino.

Esto resultaría en un aumento de la señalización mediada por la anandamida que puede influir sobre el procesamiento emocional. El presente estudio se llevó a cabo para evaluar si el efecto ansiolítico y antidepressivo de los estrógenos es sensible al antagonismo CB1. Asimismo, se evaluó el efecto de la inhibición de la amidohidrolasa de ácidos grasos.

Para llevar a cabo el estudio se emplearon ratas hembra de 10 semanas de edad y 225 a 275 g de peso. Las ratas se agruparon de 3 en jaulas separadas. La temperatura, la luz y la oscuridad se regularon cuidadosamente. Las ratas fueron ooforectomizadas bajo anestesia. Se incluyó un período de recuperación de la cirugía de 2 semanas luego del cual se realizó la evaluación conductual.

Mediante un laberinto en cruz elevado, se evaluó el conflicto natural relacionado con el deseo de exploración y la vulnerabilidad en espacios abiertos. También se empleó una prueba de nado forzado para evaluar el comportamiento de las ratas ante el estrés. La expresión de inmovilidad representaría las conductas de afrontamiento maladaptativas. En consecuencia, los agentes antidepressivos disminuirían el tiempo de inmovilidad en la prueba de nado forzado. Por último, se realizó una prueba de campo abierto en arena dividida en cuadrantes por líneas de pintura negra mediante la cual se estudió la conducta de las ratas.

En primer lugar (experimento 1) se evaluó si los efectos de los estrógenos sobre la conducta eran sensibles al bloqueo del receptor CB1. Se aplicó un protocolo de tratamiento con estradiol con efectos ansiolíticos y antidepressivos. Luego de la administración de estradiol o aceite de maní, se inyectó un antagonista CB1 o una solución inerte.

En segundo lugar (experimento 2) se investigó si la inhibición farmacológica de la amidohidrolasa de ácidos grasos tenía los mismos efectos conductuales que el tratamiento con estradiol. Con dicho objetivo, se administró un inhibidor de la amidohidrolasa de ácidos grasos o una solución inerte.

En el laberinto en cruz elevado se observó una interacción significativa entre el estradiol y la administración del antagonista CB1. Los animales que recibieron tratamiento combinado con estradiol y antagonista CB1 presentaron resultados similares en comparación con los que recibieron aceite y la solución inerte. No obstante, la administración de estradiol y solución inerte arrojó resultados significativamente

diferentes. La administración del inhibidor de la amidohidrolasa de ácidos grasos también tuvo un efecto significativo.

En general, en la prueba de campo abierto no se observó una interacción entre el estradiol y el antagonismo CB1. El efecto del estradiol y del bloqueante CB1 no fue significativo. Si bien no se observó una interacción, el estradiol tuvo un efecto significativo y el bloqueo CB1 tuvo un efecto casi significativo sobre el tiempo de permanencia en el cuadrante central. El bloqueo de la amidohidrolasa de ácidos grasos tuvo un efecto similar, con aumento del tiempo de permanencia en el cuadrante central.

En cuanto a la prueba de nado forzado, no se observó una interacción significativa entre el estradiol y el antagonismo del receptor CB1. Tampoco se halló un efecto significativo para el estradiol o dicho bloqueo respecto de la inmovilidad, el nado o la conducta de lucha. La administración del inhibidor de la amidohidrolasa de ácidos grasos tuvo un efecto casi significativo de disminución de la inmovilidad.

Los resultados del experimento 1 coinciden con los de investigaciones previas e indican que la administración de dosis fisiológicas de estradiol a ratas ooforectomizadas tiene un efecto ansiolítico. Además, los trastornos emocionales inducidos por el estradiol son sensibles al antagonismo del receptor CB1.

El tratamiento con estradiol no tuvo un efecto de tipo antidepresivo en la prueba de nado forzado. No obstante, el tratamiento aislado con estradiol indujo una disminución notable de la inmovilidad que no se observó ante la administración simultánea del antagonista CB1. De acuerdo con los resultados del experimento 2, la inhibición farmacológica de la amidohidrolasa de ácidos grasos disminuyó significativamente el comportamiento ansioso en el laberinto en cruz elevado y la prueba de campo abierto. Asimismo, disminuyó significativamente la inmovilidad en la prueba de nado forzado.

La sensibilidad de los cambios emocionales inducidos por el estradiol ante la administración de un antagonista CB1 sugiere que el tratamiento con estradiol aumenta la señalización del sistema endocanabinoide.

Este aumento de la señalización se debería al incremento de la síntesis o de la liberación de endocanabinoides o a una disminución de su metabolismo. El estradiol estimula rápidamente la liberación de anandamida desde las células endoteliales. No obstante, de existir en el tejido nervioso, dicho mecanismo no sería responsable de los efectos conductuales ya que éstos se observan luego de 48 horas de tratamiento. En cambio, se propone la participación de mecanismos genéticos.

Debe destacarse que el gen de la amidohidrolasa de ácidos grasos tiene un elemento de respuesta a los estrógenos, los cuales inhiben su transcripción. La disminución de estrógenos provocada por la ooforectomía desinhibiría la transcripción de la amidohidrolasa de ácidos grasos y aumentaría su expresión y el metabolismo de la anandamida.

En consecuencia, la administración de estradiol inhibiría la transcripción y disminuiría la expresión de la amidohidrolasa de ácidos grasos, lo cual aumentaría el nivel de endocanabinoides. Los cambios de la actividad endocanabinoide contribuirían con la modulación del estado de ánimo producida por el estradiol.

La ooforectomía facilitaría la actividad de la amidohidrolasa de ácidos grasos, en tanto que el tratamiento con estradiol disminuiría la hidrólisis de la anandamida. Se postula la existencia de un fenómeno comparable en el sistema nervioso central.

Los resultados de este estudio sugieren que el estradiol puede modificar la conducta emocional mediante la disminución de la expresión de la amidohidrolasa de ácidos grasos y el aumento de la señalización que involucra a la anandamida y al receptor CB1. Previamente se informó que el estradiol modula la conducta emocional mediante la activación de los receptores de estrógenos tipo beta. Es necesario evaluar si el gen amidohidrolasa de ácidos grasos es un blanco molecular de dichos receptores.

Se desconoce el mecanismo mediante el cual los endocanabinoides regulan la conducta emocional. Los receptores CB1 se encuentran en estructuras límbicas como la amígdala, la corteza prefrontal y el hipotálamo, donde regulan la neurotransmisión excitatoria e inhibitoria. Además, los endocanabinoides pueden modular la neurotransmisión monoaminérgica. Se informó que el efecto antidepresivo de la inhibición de la amidohidrolasa de ácidos grasos se relaciona con un aumento de la descarga de serotonina en el rafe dorsal. Aparentemente, los sistemas endocanabinoide y serotoninérgico estarían involucrados en los efectos del estradiol sobre las emociones. Además, los endocanabinoides pueden actuar como mediadores entre los estrógenos y el aumento de la actividad serotoninérgica o viceversa. En el futuro se deberán evaluar las condiciones bajo las cuales la inhibición de la amidohidrolasa de ácidos grasos o el antagonismo CB1 alteran las emociones.

La inhibición de la amidohidrolasa de ácidos grasos es un blanco terapéutico potencial para el desarrollo de agentes ansiolíticos y antidepresivos. En diferentes estudios clínicos se demostró que la administración de estrógenos a mujeres posmenopáusicas mejora el estado anímico y disminuye los niveles de ansiedad y depresión. No obstante, debe tenerse en cuenta el riesgo potencial de aparición de cáncer de mama relacionado con la administración de agentes estrogénicos. El estradiol facilitaría la señalización del sistema endocanabinoide, mecanismo mediante el cual los estrógenos modularían la emocionalidad.

En consecuencia, la señalización endocanabinoide es importante en lo que respecta a la conducta emocional femenina. La inhibición de la amidohidrolasa de ácidos grasos constituye un objetivo interesante para desarrollar agentes farmacológicos nuevos para el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/92288


16 - La Divulgación Preventiva puede Mejorar el Funcionamiento Social de los Pacientes con Síndrome de Tourette

Marcks B, Berlin K, Woods D, Davies W

Psychiatry-Interpersonal and Biological Processes
70(1):59-67, 2007

El síndrome de Tourette es un trastorno neurobiológico caracterizado por la presencia de tics múltiples y al menos un tic fónico, sin un período libre de éstos mayor de 3 meses. La aparición de los tics debe darse antes de los 18 años y no estar relacionada con el consumo de sustancias o una enfermedad médica general. Los tics generalmente se presentan varias veces por día y causan perturbaciones significativas del funcionamiento social y laboral. En general, los pacientes con síndrome de Tourette presentan otros trastornos asociados como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno obsesivo compulsivo o la depresión.

Las dificultades del funcionamiento social son significativas y frecuentemente afectan la relación con los compañeros y los maestros. Según un estudio anterior, los maestros consideran que los niños con síndrome de Tourette son más agresivos y retraídos que sus compañeros. Cerca del 50% de los niños con síndrome de Tourette refieren dificultades para relacionarse con sus maestros, en tanto que la cuarta parte de ellos informan acerca de burlas relacionadas con sus tics por parte de los

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

maestros. Las dificultades sociales persisten durante la vida adulta. Esto afecta la relación con amigos, la constitución de una pareja y el desempeño laboral. Los adultos con síndrome de Tourette pueden ser ridiculizados por sus compañeros de trabajo o empleadores, padecer insatisfacción laboral y ser discriminados debido a la presencia de tics.

Se sugirió que las dificultades sociales relacionadas con el síndrome de Tourette se deben a la presencia de comorbilidades psicológicas más que a los tics. No obstante, algunos autores propusieron que la percepción negativa de los tics por parte de los demás es la causa del problema. La estigmatización de los sujetos con trastornos conductuales y psicológicos es habitual. Esto resulta en rechazo, retraimiento social y exacerbación sintomática. Se demostró que los niños, adolescentes y adultos con síndrome de Tourette son tenidos en cuenta en forma más negativa en comparación con los sujetos sin tics.

Los pacientes con síndrome de Tourette tienen más probabilidades de presentar problemas sociales, lo cual se relacionaría parcialmente con la visión negativa de los demás. Es necesario evaluar la percepción negativa acerca de la enfermedad e introducir estrategias para cambiar la actitud de la población. Si bien la educación sobre el síndrome de Tourette es una estrategia útil, su aplicación es difícil en determinados contextos. La divulgación preventiva es una estrategia que se propuso con el objetivo de mediar ante las dificultades sociales de los pacientes con síndrome de Tourette y contrarrestar la estigmatización social. Los sujetos que emplean esta estrategia piensan que es posible cambiar las creencias de los demás mediante la divulgación de información sobre el trastorno. Quienes eligen la divulgación preventiva pueden brindar información sólo a aquellos que pueden ser testigos de los síntomas y no hacerlo si creen que los síntomas no se presentarán o no serán observados.

La divulgación preventiva puede evitar la formación de una impresión negativa respecto del trastorno. La decisión de informar es compartida entre el paciente, su familia y el profesional. Los profesionales son cuestionados sobre las consecuencias de la divulgación, cuya evaluación puede ser difícil y complicada, especialmente en los pacientes con síndrome de Tourette. La falta de datos empíricos sobre los efectos positivos de la divulgación preventiva pone en duda lo apropiado de su recomendación. La evaluación de este fenómeno ayudará a los profesionales a asesorar a los pacientes y a sus familias. El objetivo del presente estudio fue evaluar los efectos de la divulgación preventiva del síndrome de Tourette sobre la percepción de los semejantes ante la presencia de tics fónicos o motores. Se planteó que la aplicación de un cuestionario especialmente diseñado para el presente estudio permitiría identificar variables relacionadas con la actitud hacia los pacientes con síndrome de Tourette. Los autores propusieron que la divulgación preventiva provocaría: 1) menos rechazo social, 2) menos atribución del cuadro a problemas de abuso de alcohol o sustancias, 3) una disminución de la percepción de problemas psicológicos o médicos relacionados con el cuadro y 4) una menor preocupación respecto de la conducta del paciente con síndrome de Tourette.

Participaron 369 individuos, de los cuales el 65% eran estudiantes universitarios. El 59% era de sexo femenino y la edad osciló entre los 18 y los 26 años. La mayoría de los participantes eran de raza blanca y solteros. Se recabó información demográfica. Luego, cada participante leyó un párrafo en el cual se relataba una reunión hipotética con un amigo, el cual concurre acompañado por un sujeto que padece el síndrome de Tourette. Durante el encuentro, el sujeto con síndrome de Tourette comienza a hacer ruidos y movimientos extraños que provocan la mirada de otras personas. Se incluyeron 4 relatos diferentes. Las variantes consistieron en pacientes con síndrome de Tourette de sexo femenino o masculino y la presencia o ausencia de divulgación preventiva por parte del amigo del participante sobre el trastorno que

padecía el sujeto desconocido. Luego de leer la historia, los participantes respondieron un cuestionario sobre el personaje descrito.

En el cuestionario se incluyeron ítem relacionados con la preocupación por el personaje con síndrome de Tourette y con la creencia de que la conducta se asociaba con problemas de abuso de sustancias, psicológicos o médicos. Según el contenido de los puntos incluidos en el cuestionario, se identificaron los siguientes factores: 1) «rechazo social», que reflejó la medida en la cual el participante limitaría el contacto con el paciente con síndrome de Tourette, 2) «ocultamiento de un trastorno relacionado con las drogas o el alcohol», que reflejó la creencia del participante acerca de la existencia de un problema de adicción y la necesidad de consultar a un profesional, 3) «problema médico o psicológico», es decir, la medida en la cual el participante pensaba que el comportamiento del personaje con síndrome de Tourette se debía a un trastorno psicológico o médico y 4) «preocupación», que indicaba cuán preocupado se sentía el participante respecto de la conducta del paciente.

El análisis efectuado reveló que la divulgación preventiva se relacionó con una disminución significativa del rechazo social, la percepción de problemas relacionados con el consumo de sustancias y la preocupación respecto de la conducta del paciente. En cambio, no tuvo un efecto significativo sobre la percepción de problemas médicos o psicológicos. El sexo del personaje con síndrome de Tourette no influyó sobre los resultados.

De acuerdo con los resultados del presente estudio, la divulgación preventiva del síndrome de Tourette puede evitar la formación de opiniones negativas y disminuir la atribución de los síntomas a otros trastornos estigmatizantes como el alcoholismo. Se observó una asociación entre la divulgación preventiva y la disminución significativa del rechazo social y la preocupación sobre la conducta de los pacientes con síndrome de Tourette. Asimismo, disminuyó la atribución del problema al consumo de alcohol y drogas. No obstante, no redujo la percepción de problemas médicos y psicológicos. El sexo del paciente no modificó los efectos de la divulgación preventiva.

Los resultados coinciden con lo informado con anterioridad. Los sujetos con síndrome de Tourette que divulgan su diagnóstico pueden prevenir las consecuencias sociales negativas como el rechazo. Esto es importante debido a que los pacientes con síndrome de Tourette tienen un riesgo elevado de sufrir rechazo social. Además, la divulgación disminuye la preocupación de los demás respecto de la conducta del paciente, lo cual puede reducir la incomodidad social. Hacer conocer el diagnóstico también puede prevenir la atribución errónea de los síntomas del síndrome de Tourette a otra condición. Los tics pueden ser considerados como síntomas del abuso de alcohol o drogas, lo cual se asocia con una atribución de características negativas inapropiadas a los pacientes.

Los resultados del presente estudio tienen consecuencias importantes para los pacientes con síndrome de Tourette, sus familias y los profesionales. La divulgación preventiva de la enfermedad tiene beneficios, relacionados con la disminución del rechazo social y la minimización de la preocupación de los demás acerca de la conducta de los afectados. Además, disminuye la percepción errónea de problemas de abuso de sustancias como responsable de los tics.

 + Información adicional en www.sicisalud.com/dato/resiic.php/92313



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