



Volumen 7, Número 4, Febrero 2004

Informes SIIC

EVALUACION DE LA RECURRENCIA DE LOS TRASTORNOS BIPOLARES Y LA DEPRESION MAYOR

Analizan la posibilidad de discontinuar los tratamientos en pacientes con estas afecciones de acuerdo a la frecuencia de recurrencias

Zurich, Suiza :

La frecuencia de recurrencia de estas enfermedades a lo largo del período de estudio se mantuvo relativamente constante, apoyando la necesidad de mantener un tratamiento profiláctico de por vida que permita controlar estos trastornos.

Fuente científica:

[**European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience** 253(5):236-240, Oct 2003] – aSNC

Autores

Angst J, Gamma A, Sellaro R y colaboradores

Actualmente, muchos pacientes que padecen trastornos del humor reciben medicación a largo término. Si los pacientes permanecieran bien durante el seguimiento sin episodios de recurrencia, surge el interrogante de si sería posible reducir e incluso discontinuar la medicación que reciben los mismos o si la misma debería continuarse y en caso de ser así durante cuánto tiempo. En el otro extremo existe también la posibilidad de que la historia natural de la enfermedad sea lo suficientemente severa y el tratamiento lo suficientemente bueno para controlarla implicando la necesidad del mismo de por vida. Algunos estudios de interrupciones controladas del tratamiento demostraron altos niveles de recurrencia aunque no permitieron distinguir si los mismos correspondían a un efecto de rebote por la suspensión de la medicación o si eran parte de la historia natural de la enfermedad. Revisando la literatura sobre la historia natural del trastorno bipolar, se podría concluir que la misma siempre ha sido altamente recurrente y de pobre pronóstico. Sin embargo, surge la pregunta de si los episodios pasados constituirían un factor de riesgo para futuras recurrencias y si el riesgo se mantendría constante o si podría disminuir con la edad. El objetivo de este trabajo fue analizar el riesgo de recurrencias para la depresión mayor y el trastorno bipolar a lo largo de un período de tiempo prolongado y sobre la base prospectiva de un seguimiento de por vida con el fin de evaluar si la frecuencia de recurrencias se mantiene constante o si disminuye a lo largo de la vida de los pacientes. El estudio fue llevado a cabo por investigadores del Hospital Universitario Psiquiátrico de Zurich, Suiza. Se incluyeron 160 individuos con trastorno bipolar tipo I, 60 con trastorno bipolar tipo II y 186 pacientes depresivos que habían sido hospitalizados con un diagnóstico de manía, depresión endógena, depresión endo-reactiva, trastorno maníaco-depresivo u otros trastornos afectivos con características psicóticas entre los años 1963 y 1965. Los mismos fueron evaluados prospectivamente cada 5 años y a lo largo de 20 años, entre 1965 y 1985. El curso de la enfermedad previo a la hospitalización fue evaluado de manera retrospectiva. Las curvas de intensidad cumulativa para la transición entre los estados de remisión y nuevos episodios de manifestación de la enfermedad se mantuvieron lineales a lo largo de 30 a 40 años desde el inicio de la misma, indicando un constante riesgo de recurrencia a lo

largo del seguimiento que se podría considerar casi de por vida, ya los pacientes fueron evaluados hasta los 70 años de edad o incluso más en algunos casos. El riesgo de recurrencias del trastorno bipolar (0.4 episodios por año) fue aproximadamente el doble que para la depresión (0.2 episodios por año). A su vez, el trastorno bipolar de tipo II presentó una recurrencia levemente mayor que el de tipo I. No se observaron diferencias significativas en cuanto al género de los pacientes en el curso de los trastornos bipolares o depresivos. Los resultados demostrarían la necesidad de continuar los tratamientos profilácticos de por vida en estas enfermedades ya que el riesgo de recurrencias de las mismas no parece atenuarse con el tiempo. Sin embargo, los autores consideran la necesidad de otros estudios de seguimiento a largo término en un gran número de pacientes que permitan confirmar estos hallazgos.

DETECCIÓN DE DIFERENCIAS MORFOLOGICAS CEREBRALES EN LA ESQUIZOFRENIA

Posibles aplicaciones de estos hallazgos

Guildford, Reino Unido :

Luego de un extenso análisis estadístico acompañado de impactantes imágenes, los autores vislumbran la posibilidad de encontrar en un futuro cercano, marcadores de vulnerabilidad para esta patología.

Fuente científica:

[**Psychiatry Research-Neuroimaging** 124(3):177-189, Nov 2003] – aSNC

Autores

Kovalev V, Petrou M y Suckling J

Pese a que la etiología de la esquizofrenia aún no ha sido aclarada completamente, se ha vuelto claro que los síntomas de la misma deben tener su origen en una alteración de la química cerebral y en anomalías difusas a nivel cortical, y que además esta condición se asocia a ciertas características morfológicas cerebrales. Previa a la aparición de las modernas técnicas de imágenes, los estudios anatómicos en la esquizofrenia se limitaban a las mediciones posmortem. La tomografía computada y más recientemente la resonancia magnética del cerebro, han causado un renacimiento de la investigación de la anatomía cortical in vivo. Los análisis se han producido investigando regiones de interés (RDI), lo que involucra la delimitación de estructuras que a priori se hipotetiza son estadísticamente diferentes entre el grupo de pacientes y el grupo control. Los resultados de este tipo de estudios han indicado que todo el volumen cerebral se halla reducido hasta en un 3%, y que ciertas áreas que incluyen: lóbulos temporal y frontal, hipocampo y tálamo, están afectadas en forma similar. El acercamiento a través de RDI tiene ciertos problemas; la reproductibilidad inter e intra operador, el hecho de que los límites neuroanatómicos a nivel radiológico muchas veces son difusos, y además la acción de seleccionar a priori ciertas estructuras, puede excluir quizás otras más importantes. En contraste, los análisis que utilizan "voxels" (unidad básica tridimensional de la resonancia magnética o tomografía computada, que representa la contracción de Volumen en un punto) evitan la necesidad de hacer hipótesis, y debido a que los algoritmos están automatizados, la reproductibilidad y la compatibilidad de los estudios está asegurada. En el estudio británico que se comenta, se cuantificó la señal de hiperintensidad a través de técnicas de análisis de texturas recientemente desarrolladas en el campo del procesamiento de imágenes, apropiadas para el análisis de datos tridimensionales. Se prestó particular atención a la cuantificación de anisotropías morfológicas texturales en el cerebro de pacientes esquizofrénicos y a la identificación de regiones del cerebro donde estas

características se diferenciaron del grupo control. De acuerdo a los resultados, los autores aseguran que hay diferencias morfológicas entre los sujetos normales y los esquizofrénicos, que se manifiestan en los estudios de texturas de imágenes comentados anteriormente. Pero de ninguna manera proponen este método como diagnóstico para la patología, ya que no es necesario realizar este tipo de estudios para diagnosticar la esquizofrenia. Recientemente, y a partir de las neuroimágenes, se ha evidenciado que la esquizofrenia no solo afecta el volumen de ciertas áreas cerebrales, sino también su estructura. Esto es lo que los autores quieren destacar: la necesidad de continuar con este tipo de investigaciones a fin de hallar la etiología y los marcadores de vulnerabilidad de la enfermedad.

INFLUENCIA DE LAS EXPERIENCIAS VITALES EN LA EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD BIPOLAR

Nuevas investigaciones avalan esta tradicional teoría

Missouri, EEUU :

Un estudio minucioso de las experiencias vitales previas al inicio de la enfermedad, avalan la influencia de los factores psicosociales en esta patología.

Fuente científica:

[**Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology** 13(3):243-251, Autum 2003] – aSNC

Autores

Tillman R, Geller B, Nickelsburg M, Bolhofner K y colaboradores

Según los autores del trabajo que se comenta a continuación, éste es el primer estudio conocido que recoge información respecto de los sucesos vitales trascendentes, acaecidos durante la pubertad y adolescencia de los pacientes con enfermedad bipolar; en comparación con aquellos que padecen déficit de atención e hiperactividad. La investigación acerca de los eventos vitales en la manía adulta, ha producido resultados contradictorios. Pese a que muchos investigadores han informado un aumento en la frecuencia de eventos vitales importantes en el período inmediato, previo al inicio de la enfermedad bipolar, otros autores no han hallando diferencias significativas durante el mismo período. Sin embargo, estas discrepancias podrían deberse en parte a diferencias metodológicas en los estudios. Una cuestión importante que se obtiene en las investigaciones sobre la enfermedad bipolar puberal, es la búsqueda de los factores que conducen a un inicio tan temprano. Se decidió entonces indagar los eventos vitales previos al inicio de la enfermedad bipolar, debido a los promisorios resultados de investigaciones similares en estos grupos respecto de la depresión mayor. Una forma de encarar el estudio de los eventos vitales, es dividirlos en aquellos que dependen de la influencia del sujeto y aquellos que no. Existen algunas limitaciones que los autores reconocen para este estudio. Por ejemplo el nivel socio - económico de los pacientes es elevado, por lo tanto no pueden extrapolarse los resultados a pacientes de clases bajas con similares características. Además la enfermedad bipolar se definió en el estudio, según los criterios del DSM-IV, es decir: euforia y grandiosidad como síntomas principales (síntomas cardinales de la manía), por lo tanto no pueden aplicarse los hallazgos a otros fenotipos de la misma enfermedad. Entre los hallazgos los autores señalan que en los pacientes con enfermedad bipolar, se encontraron mayor cantidad de eventos vitales del tipo “independiente” que en los pacientes con déficit de atención e hiperactividad. Esto indica que este tipo de eventos juega un papel importante en el inicio de la enfermedad. Por otro lado, el examen del entorno de estos pacientes luego de 2 años de seguimiento, evidenció que la convivencia con una familia

biológicamente intacta predecía una recuperación más rápida. Por el contrario, la convivencia con una madre poco cariñosa, anunciaba una recaída temprana. En base a este seguimiento los autores afirman el importante impacto de los factores psicosociales en el curso de la enfermedad bipolar, y destacan la importancia de realizar nuevos estudios en este campo.

RELACION ENTRE EL SINDROME DE FATIGA CRONICA Y EL ESTRES LABORAL

Nuevas consideraciones respecto de su origen

Madrid, España :

El autor elabora una hipótesis considerando que la persistencia del estrés laboral es acumulativa y puede atravesar diferentes estadios pudiendo desencadenar todos ellos en un síndrome de fatiga crónica, se sugiere entonces que la estrategia terapéutica debería analizar el contexto de las relaciones laborales.

Fuente científica:

[**Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría** 23(86):19-30, Abr 2003] – aSNC

Autores

Mansilla F

El síndrome de fatiga crónica es una patología de creciente interés, de etiología desconocida. Se le han asignado diversas etiopatogenias entre otras: viral (Epstein Barr, Citomegalovirus), psiquiátrica (por su frecuente asociación a la depresión mayor y la ansiedad), inmunológica (por sus manifestaciones de tipo alérgico) y por último algunos sostienen que podría existir algún tipo de disfunción hipotalámica. Estos diversos orígenes que se le asignan, se deban quizás a su etiología heterogénea. De cualquier modo, el diagnóstico es difícil ya que no se disponen de pruebas de laboratorio y, por lo tanto, se establece fundamentalmente a través de los síntomas descritos por los pacientes. El modelo de susceptibilidad, utilizado con frecuencia para explicar el origen del síndrome, tiene en cuenta la combinación de varios elementos. Por un lado la susceptibilidad biológica, el acoso sexual, el desgaste profesional y el estrés laboral, y por otro, los factores de protección: apoyo social, auto - concepto positivo, Locus de control interno, alta autoestima y sentimiento de auto - eficacia. Los factores estresantes pueden generar distintos tipos de fatiga; si los mismos persisten durante un tiempo, la fatiga puede devenir en lo que se ha dado en llamar Síndrome de Fatiga Crónica (SFC). Se presenta una nueva hipótesis sobre el tema, hecha por el Psicólogo español Fernando Mansilla, dicha hipótesis de la cadena de estrés en el área laboral considera que la persistencia de estrés laboral es acumulativa y puede atravesar tres estadios: acoso psicológico, síndrome de desgaste profesional, estrés laboral, fatiga laboral (de la que puede recuperarse con descanso o cambio de trabajo), y síndrome de fatiga crónica (de la que no se recupera ni con tiempo de descanso ni con cambio de trabajo. Bajo el término de fatiga se han etiquetado estados de diferente intensidad y no es fácil dar con una definición única y aceptable para todos. La característica que define al SFC es la fatiga física y mental, descripta como una sensación de cansancio profundo que incapacita para realizar las actividades diarias, generando alteraciones severas en la vida familiar, social y laboral. Esta sensación de fatiga se acompaña de malestar general que no mejora con el reposo. Otra característica es su presentación en forma de crisis con exacerbación de síntomas, los cuales disminuyen en los períodos entre crisis pero nunca desaparecen. En todo caso, es una enfermedad crónica caracterizada por un estado general de cansancio tanto mental como físico y por presentar síntomas neurológicos (cefalea, pérdida de memoria e insomnio), psicopatológicos (ciclotimia, disminución de las funciones

cognitivas y ataques de pánico), debilidad muscular, fatiga, sudoración nocturna, adenopatías, diarrea persistente, molestias faríngeas y dolores musculares o articulares. El autor de la revisión concluye que ante cada caso de SFC, debería valorarse exhaustivamente el clima y relaciones laborales, e incorporar el abordaje de esta área en el tratamiento.

PAPEL DEL MEDICO DE ATENCION PRIMARIA EN LA DETECCION DE LA DEMENCIA

Utilidad del test de los siete minutos

Buenos Aires, Argentina :

Muchos deterioros cognitivos leves se transforman en demencias sin tratamiento. Es importante evitar el subdiagnóstico en el consultorio de atención primaria. Para ello los autores preconizan el test de los siete minutos.

Fuente científica:

[**Actas Españolas de Psiquiatría** 31(5):252-255, Sep 2003] – aSNC

Autores

Drake M, Butman J, Fontán L, Lorenzo J y colaboradores

La prevalencia de demencia en los países desarrollados varía desde el 1,5% en la población de 65 a 69 años hasta el 20.5% entre los individuos de 85 a 89 años. La enfermedad de Alzheimer (EA) representa la principal causa de demencia en los países occidentales. Si bien no existe una continuidad biológica entre el envejecimiento normal y la demencia de tipo Alzheimer, desde el punto de vista clínico y sintomatológico cognitivo sí la hay. Buscando el diagnóstico precoz de la EA nació el concepto de deterioro cognitivo leve (DCL) para referirse a aquellos individuos con leves trastornos cognitivos que, por sí mismos, no alcanzan a ser clasificados como un síndrome demencial. Estos pacientes representan una población de riesgo, ya que librados a su evolución natural, un 12% al año pasarían de tener un DCL a tener una demencia, comparado con 1-2% anual de incidencia de demencia en la población general. Las estadísticas indican que los médicos de atención primaria no suelen considerar el diagnóstico de la EA en su justa magnitud en la práctica diaria, y menos aun se plantean la posibilidad de DCL. Debido al alto porcentaje de subdiagnóstico tanto de demencias leves como severas (70-95%) en la atención primaria, se desarrolló el test de los siete minutos, para poder emplearlo en los consultorios de atención primaria en la detección de la EA. Las evaluaciones que componen esta prueba, brindan un perfil neuropsicológico más amplio que el habitual en este tipo de baterías. El objetivo del estudio argentino que se comenta, fue evaluar su posible aplicación como instrumento de detección de deterioro cognitivo leve. Fueron estudiados 32 sujetos con enfermedad de Alzheimer probable (criterios de NINCDS-ADRDA), 25 con DCL y 35 sujetos control apareados por edad y años de educación. A cada uno se le administró una extensa batería neuropsicológica. La sensibilidad de la prueba fue del 93 % y la especificidad del 97% para diagnóstico de enfermedad de Alzheimer leve – moderada. La sensibilidad de la prueba desciende al 80% en la enfermedad de Alzheimer leve y a solo el 28% en el DCL. En conclusión los autores afirman que, las baterías de detección no reemplazan a las de diagnóstico, pero son de utilidad para sospechar la presencia de una demencia e iniciar el estudio sistematizado del paciente de riesgo, aunque en el caso de DCL se debe dar mayor importancia a los tests de memoria.

TERAPIA PARA SUSPENDER EL USO DE BENZODIACEPINAS EN ANCIANOS CON INSOMNIO

Se describe la estrategia de tratamiento en este tipo de pacientes

Québec, Canadá :

Es necesaria la implementación de abordajes multidisciplinarios para reducir el consumo de benzodiazepinas hipnóticas por períodos mayores a las 4 semanas en ancianos, ya que son importantes los riesgos personales y sanitarios derivados de su uso.

Fuente científica:

[**Canadian Medical Association Journal** 169(10):1015-1020, Nov 2003] – aSNC

Autores

Lucie Baillargeon, Philippe Landreville, René Verreault, Jean-Pierre Beauchemin, Jean-Pierre Grégoire y Charles M. Morin

Los ancianos toman con frecuencia hipnóticos recetados por largos períodos. El uso regular de benzodiazepinas hipnóticas no se recomienda porque su eficacia a largo plazo no está probada; además hay riesgo de dependencia y éste tipo de drogas origina dificultades de memoria, adormecimiento diurno, caídas con potenciales fracturas y accidentes automovilísticos. Las guías de prescripción limitan su uso a 4 semanas, pero el consumo se prolonga ya que el insomnio es un problema crónico. El manejo habitual para evitar la dependencia es la discontinuidad gradual, pero no se ha probado su eficacia a largo plazo cuando es el único método y entre el 50 al 60 % de los pacientes recomienza con el hipnótico dentro del mes de haberlo suspendido. Las terapias conductuales y cognitivas son efectivas para pacientes ancianos con insomnio, sin embargo cuando se las usa como único recurso, no generan una reducción significativa en la medicación. Dado que la discontinuidad y la terapia cognitiva y conductual son complementarias, los autores formulan la hipótesis que la combinación de ambos métodos sería más efectiva que la disminución progresiva de la medicación. Se enrolaron para el trabajo 65 pacientes con insomnio crónico de 67,4 años de promedio que tomaban benzodiazepinas todas las noches por más de tres meses y se los dividió al azar en dos grupos equivalentes, uno de terapia cognitiva y conductual más disminución progresiva de la medicación en un período de 8 semanas y otro con ésta última solamente. Se confirmó la eficacia de cada método mediante análisis sanguíneos al final, a los 3 meses y a los 12 meses, que confirmaban o no la ausencia de la droga. El trabajo demostró la superioridad de la intervención combinada sobre el manejo clínico habitual de disminución gradual, al final (77 % vs. 38 %) y a los 12 meses (70 % vs. 24 %). La terapia conductual y cognitiva fue realizada en pequeños grupos. Además de su efectividad de costos, ésta forma ofrece múltiples ventajas clínicas. El apoyo grupal beneficia a los participantes, los ayuda a focalizarse en el problema del insomnio e incrementa la adherencia. Las características personales no parecen estar relacionadas con el éxito del tratamiento. Los análisis de regresión muestran que el tratamiento combinado y las dosis de inicio de benzodiazepinas más bajas fueron los únicos factores relacionados con el éxito de la disminución progresiva. Se necesitarán nuevos análisis en el futuro para evaluar otros factores como los rasgos de personalidad, la morbilidad psiquiátrica y la motivación personal. En ésta investigación sólo el 30 % de los pacientes del grupo de reducción medicamentosa sola, al finalizar el tratamiento, estuvo libre de ellas. Los programas de abstinencia tienen rangos de efectividad que van del 26 % al 64 % en poblaciones con desórdenes mixtos. Al no haberse evaluado un grupo con placebo, los autores no pueden afirmar que los mejores resultados se deban a la terapia conductual y cognitiva. Otros factores como la atención y el apoyo del terapeuta y del grupo, y las expectativas propias también podrían explicarlo. El estudio demostró que para alcanzar la discontinuidad del uso crónico de benzodiazepinas, la combinación de una terapia conductual-cognitiva en grupos pequeños además de la reducción progresiva es más efectiva que

ésta última sola. Los efectos beneficiosos se mantienen en un plazo intermedio. La aplicación de un abordaje multidisciplinario en la comunidad ayudaría a reducir el uso de benzodiazepinas en ancianos y prevenir problemas sanitarios relacionados con éstas medicaciones.

Trabajos Distinguidos, Serie Salud Mental, integra el Programa SIIC-Asociación Argentina de
Psiquiatría (AAP) de Educación Médica Continua