

Novedades distinguidas

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 distinguidas ocupa alrededor de media página.

13 - Presencia de Trastorno por Atracón y Bulimia Nerviosa en Personas con Trastorno Bipolar

Ramacciotti C, Paoli R, Marcacci G y colaboradores

Psychiatry Research 135(2):165-170, Jun 2005

La relación entre los trastornos alimentarios (TA) y los trastornos del estado de ánimo (TEA) ha provocado cuestionamientos en los últimos 25 años. La evidencia de dicha relación ha derivado de los síntomas afectivos prominentes en la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN), los frecuentes síndromes afectivos comórbidos y los antecedentes familiares. Las personas con BN comparten un alto índice de comorbilidad con el trastorno bipolar tipo II. En un estudio de 1996, 13% de los pacientes bipolares (de tipo I y II) alcanzaron los criterios del DSM-IV para trastorno por atracón (TPA) y 15% mostraron un síndrome por atracón parcial. Los autores realizaron un estudio para evaluar la frecuencia de TA en un grupo de pacientes bipolares tipo I, debido a que la sintomatología afectiva que presentan suele ser de tal gravedad que puede enmascarar el posible TA subyacente. A un total de 51 pacientes (29 hombres, edad promedio: 40.9 años; 22 mujeres, edad promedio: 40.3 años) con diagnóstico de trastorno bipolar tipo I mediante el *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)*, se les administró la entrevista clínica semiestructurada para TPA para determinar la presencia o ausencia de dicho trastorno.

Los sujetos eran pacientes ambulatorios de una clínica de trastornos del estado de ánimo del Hospital Santa Clara de la Universidad de Pisa. En ciertas ocasiones fue necesario utilizar uno o dos estabilizadores del ánimo y neurolépticos atípicos o antidepresivos, como se describe para la prevención de la recaída del trastorno bipolar.

De los 51 pacientes, 14 cumplieron los criterios para TA; 9, los criterios del DSM-IV para TPA; 5, los criterios del DSM-IV para BN y de éstos, 3 fueron del tipo purgativo y 2, del tipo no purgativo.

En 8 de los pacientes con un TA comórbido con trastorno bipolar, la enfermedad bipolar precedió al TPA o a la BN. En otros 4, los 2 trastornos se desarrollaron aproximadamente al mismo tiempo. Dos pacientes consideraron que el TA precedió al trastorno bipolar y 4 pacientes refirieron que su TA comenzó durante un episodio maniaco; 7 durante un período depresivo y 1 cuando estaba eufórico.

Todos los pacientes con BN eran mujeres; de aquellos con TPA, 6 eran hombres y, entre los pacientes bipolares sin TA, 23 eran del sexo masculino. Los grupos no difirieron en nivel educativo o estado marital; sin embargo, se observó una tendencia superior de los pacientes bipolares sin TA a estar casados: 17 vs. 2 para TPA y 0 para BN.

Los 3 grupos presentaron una duración prolongada de su enfermedad. El grupo bipolar sin TA tuvo una edad de inicio de 28.9 años; el grupo bipolar/TPA 25.9 años y el grupo bipolar/BN 19 años. Al momento del estudio, la edad promedio de los pacientes era 42.5, 40.9 y 28.4 años, respectivamente.

Respecto de las medicaciones utilizadas, 40% habían sido tratados con un estabilizador del ánimo, 50% con 2 estabilizadores del ánimo y 10% con 3 o más, durante su tratamiento en el hospital. Además, 50% de los pacientes recibieron antidepresivos y el resto antipsicóticos. De los 14 pacientes con diagnóstico de un TA, 8 habían recibido antipsicóticos atípicos, 8 habían sido tratados con estabilizadores del ánimo y 6 recibieron ambos. Cuatro pacientes fueron tratados con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y 1 con un antipsicótico típico.

En la muestra de pacientes ambulatorios tratados por trastorno bipolar se observó una alta frecuencia de TA (atracones). Los autores hallaron un 18% con TPA y un 10% con BN. En la mayoría de los pacientes que presentaron TPA, esto fue coincidente con el primer episodio de trastorno bipolar o luego de su manifestación. Esto fue así para aquellos que presentaron TPA además de BN e incluyó tanto fases maníacas como depresivas.

Una limitación de este estudio podría ser la división de los pacientes con TA en TPA y BN. No se sabe si esta distinción diagnóstica es válida. Los pacientes con TPA experimentan preocupación por el peso excesivo así como lo hacen aquellos con BN y también comparten las distorsiones cognitivas con ellos, lo que oscurece la distinción entre estos síndromes. Esto podría tener pocas implicancias en el presente estudio ya que los sujetos con BN eran predominantemente del tipo purgativo.

Los sujetos bipolares de esta investigación habían sido tratados con una variedad de medicaciones: drogas antipsicóticas, antidepresivos y estabilizadores del ánimo. Estos pueden tener un papel significativo en la alteración de los mecanismos de hambre y saciedad y podrían, por lo tanto, inducir ganancia de peso. Existe considerable evidencia de que el estado de ánimo y las conductas alimentarias se hallan reguladas estrechamente por vías centrales serotoninérgicas. También se ha sugerido que una deficiencia subyacente de serotonina podría ser responsable de las ansias por carbohidratos, lo que puede facilitar la síntesis de serotonina en el cerebro. Además, la ingestión excesiva de carbohidratos parece aliviar en forma temporal los síntomas depresivos y podría representar una forma de automedicación para algunas personas con depresión.

Podrían existir diferencias entre las personas obesas y las delgadas. Las personas obesas con TPA parecen experimentar mejoría clínica en su ánimo deprimido luego del consumo de carbohidratos, lo que las conduce al exceso de alimentación en forma repetida; mientras que los sujetos delgados experimentan somnolencia, fatiga y deterioro del ánimo. Esto concuerda con los altos índices de trastorno depresivo en obesos que presentan TPA. Varios estudios hallaron que los obesos que presentan atracones tienen mayor probabilidad de preferir carbohidratos en comparación con personas obesas que no los padecen. Si estos datos son utilizados para la interpretación del presente estudio, es posible que los atracones actúen como conducta compensadora durante la depresión, al modular el ánimo de individuos con trastorno bipolar.

Algunas de las personas con TPA presentaron esta conducta en el curso de un episodio maniaco. No resulta claro si los atracones derivaron del estado afectivo o de las medicaciones utilizadas para tratarlo. La sobrealimentación podría ser una estrategia adaptativa involuntaria para sobrellevar el escaso control de impulsos de un estado maniaco. Muchos sujetos con BN, presentan atracones en respuesta a sentimientos negativos intensos, pero los sentimientos pueden ser percibidos como demasiado intensos, aunque sean positivos. La frecuencia de obesidad en pacientes que toman medicación antipsicótica es superior que en la población general; además, el uso de los nuevos antipsicóticos se asocia con incremento de la masa grasa. Esto podría atribuirse a cambios en circuitos neurales involucrados en el incremento de ingesta energética (aumento del apetito) a nivel del hipotálamo lateral. Los mayores niveles de ganancia de peso se asocian con antipsicóticos atípicos, especialmente olanzapina.

Un aspecto interesante de los resultados se relaciona con la diferente distribución por sexo de los pacientes con atracones: dos tercios de los pacientes con TPA eran hombres y todas las pacientes con BN eran mujeres. Otra diferencia entre ambos fue un 80% de antecedentes familiares en pacientes con BN vs. 22% en caso de aquellos con TPA. La BN está más influenciada por el énfasis cultural en la delgadez en mujeres.

Los autores concluyen que este estudio confirma que los atracones son comunes dentro del grupo de pacientes bipolares y que los médicos que tratan el trastorno bipolar deben estar alertas respecto de su asociación con BN y TPA para proveer apoyo nutricional y psicológico a aquellos que lo requieran.

14 - Efectos de la Mirtazapina en Pacientes Epilépticos y con Depresión Grave

Münchau A, Langosch J, Gerschlager W y colaboradores

Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 76(4):527-533, Abr 2005

La depresión puede complicar la epilepsia. El tratamiento con antidepresivos provoca preocupaciones con frecuencia ya que algunos agentes –en particular los tricíclicos– son potencialmente proconvulsivos. Esto puede incluir a los inhibidores puros de la recaptación de noradrenalina. Por el contrario, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina tienen un potencial proconvulsivo pequeño o no lo presentan.

En vista de esto, surgen dudas sobre la forma en que una droga con propiedades noradrenérgicas y serotoninérgicas, como la mirtazapina, afecta la excitabilidad motora. Esta droga actúa como antagonista de los autorreceptores adrenérgicos alfa 2 presinápticos centrales incrementando la liberación de noradrenalina, y mediante el bloqueo de los heterorreceptores alfa 2 de neuronas serotoninérgicas evita la acción inhibitoria de la noradrenalina sobre la liberación de serotonina. Además, interfiere poco con el metabolismo de otras drogas como los anticonvulsivos.

Aunque el mecanismo de acción de la mirtazapina está bien definido, sus efectos sobre la excitabilidad de la corteza motora no habían sido estudiados en los seres humanos. En este estudio, los autores investigaron los efectos de este fármaco mediante el empleo de estimulación magnética transcraneal (EMT).

Se estudiaron 7 pacientes con epilepsia primaria y depresión clínica (2 hombres y 5 mujeres con una media de edad de 43.6 años) que recibían tratamiento con al menos una droga anticonvulsiva, y 6 controles diestros sanos (4 hombres y 2 mujeres, con una edad media de 39 años). Todos los pacientes cumplieron con los criterios de depresión del DSM-IV. Antes de la ingesta de 30 mg de mirtazapina y 24 horas después se determinó el umbral motor en reposo (UMR) y en actividad (UMA), el potencial evocado motor (PEM), el período cortical silencioso (PCS) y las interacciones entre los pulsos intracorticales facilitadores e inhibidores en todos los participantes. Estos registros se realizaron con EMT de pulsos simples y dobles y se repitieron a las tres semanas en los pacientes que continuaron recibiendo mirtazapina en forma diaria.

Ninguno de los participantes informó efectos adversos con la EMT. Al comienzo del estudio, en los pacientes se hallaron valores significativamente más elevados de UMR y UMA ($p = 0.04$ y $p = 0.049$, respectivamente) y de la relación entre el PCS y el área del PEM ($p = 0.041$). En los pacientes, pero no en los voluntarios sanos, el UMA fue más bajo a las 24 horas de la administración de la primera dosis de mirtazapina. Este agente no tuvo efectos significativos sobre el tamaño del PEM, la duración del PCS, o la razón entre estas dos últimas determinaciones.

En los controles sanos, si bien la duración del PCS fue más prolongada con respecto al valor obtenido al inicio del estudio, la razón entre PCS y el área del PEM fue semejante.

No se detectaron diferencias significativas en las mediciones de pulsos apareadas entre los dos grupos analizados al inicio ni luego de la ingesta de la droga.

Durante la duración del estudio, no se informaron cambios importantes en la frecuencia de las convulsiones.


Este estudio, comentan los autores, confirma informes previos de que los pacientes epilépticos que reciben tratamiento anticonvulsivo tienen umbrales motores en reposo y en actividad más altos que los controles. Más aun, la relación entre el PCS y el área del PEM fue significativamente mayor en los pacientes, lo que sugiere que los mecanismos inhibitorios del período silencioso se activan por un pulso de EMT desproporcionado al tamaño del PEM precedente. Esto significa que la corteza motora de estos pacientes fue menos excitable que la de los controles.

En los controles sanos, la mirtazapina provocó un incremento del PCS, lo que podría sugerir que en la corteza motora normal, potencia la inhibición dentro de los circuitos inhibitorios del período mencionado. Sin embargo, el tamaño del PEM precedente al período silencioso se incrementó, lo que sugiere que los elementos

neurales responsables del tamaño del potencial evocado en la preactivación y durante el período silencioso se hallan vinculados. En consecuencia, los investigadores piensan que el incremento en la duración de dicho período es consecuencia del aumento del tamaño del PEM. De hecho, la razón entre la duración del período silencioso y el área del PEM no cambió, lo que indica que la mirtazapina incrementa la excitabilidad de los axones de las neuronas del tracto piramidal durante las contracciones voluntarias.

En los pacientes, el empleo de esta droga se asoció con una caída del UMA y, al igual que lo observado en los controles, con un aumento no significativo en el tamaño del PEM que precede al período silencioso, pero no provocó alteraciones en su duración ni en la relación entre esta última y el área del PEM. Estos hallazgos sugieren que tanto en controles sanos como en pacientes epilépticos con depresión grave, el agente incrementa la excitabilidad neuronal de los axones del tracto piramidal en un estado de activación. Esto podría reflejar las propiedades noradrenérgicas, serotoninérgicas o ambas.

Según los autores, estos datos sugieren que la mirtazapina aumenta la excitabilidad cortical en personas sanas y en pacientes epilépticos con depresión grave. Estos resultados podrían tener consecuencias clínicas, ya que el incremento de la excitabilidad neuronal en pacientes epilépticos con depresión podría asociarse con un aumento en las convulsiones. Resultaría importante determinar si la reducción en el UMA se prolonga en el tiempo, y si esto se relaciona con el efecto antidepresivo de la droga.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat044/05809022.htm

15 - Cortisol, Estrés y Embarazo: Asociación Difícil de Establecer

Obel C, Hedegaard M, Henriksen TB y colaboradores

Psychoneuroendocrinology 30(7):647-656, Ago 2005

Para la adaptación a los estímulos externos nocivos se requiere una respuesta hormonal al estrés, pero la secreción prolongada de cortisol puede tener consecuencias negativas para el organismo humano. Durante el embarazo, las hormonas del estrés son necesarias para la maduración normal de los órganos fetales y para preparar al feto para la vida extrauterina, aunque el estrés excesivo puede alterar este desarrollo fetal.

Hasta el momento se conoce poco de la asociación entre el estrés y la secreción de cortisol en el embarazo humano. Estudios recientes en mujeres no embarazadas mostraron que existe una respuesta hormonal asociada al estrés incluso con niveles normales de cortisol, y la importancia del momento del día en que se toman las muestras para el análisis a fin de evaluar dicha asociación. Se ha sugerido que el cortisol salival es un parámetro más adecuado que el plasmático para evaluar el eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal (HPS), debido a que el primero sólo está presente en forma libre (no unida). Las proteínas transportadoras aumentan marcadamente durante el embarazo y el cortisol salival representa una medida más adecuada de la hormona biológicamente activa. En este estudio los autores examinaron la asociación entre el estrés psicológico autoinformado y el cortisol salival durante el embarazo, para analizar si el estrés influye en las variaciones diurnas de la secreción de cortisol.

Durante un período de 10 meses todas las mujeres que concurren a los servicios de atención prenatal de un hospital universitario fueron interrogadas respecto de la posibilidad de la participación en este estudio. Fueron incluidas aquellas que realizaron la primera visita prenatal y contestaron dos autocuestionarios (en las semanas 16 y 30); se les tomaron muestras de saliva el mismo día que completaron dichos cuestionarios. Fueron instruidas para recoger una muestra durante la mañana media hora después de despertarse y la otra media hora antes de acostarse. Se incluyeron únicamente embarazos únicos. De las 3 245 mujeres elegibles, 2 698 completaron el primer cuestionario y 2 289 el segundo. Se recibieron 983 muestras de saliva del primer período

del embarazo y 703 del segundo. De todas ellas, 672 entregaron las cuatro muestras.

Las mujeres fueron instruidas para comunicar eventos estresantes relacionados con el embarazo en un cuestionario de 23 puntos. Los puntajes se establecieron en relación con 27 eventos tomados de datos de 160 embarazadas que los clasificaron de acuerdo al grado de preocupación, trastorno o perturbación que el evento había ocasionado. Cada evento se agrupó de acuerdo a las siguientes categorías: 1) no experimentado; 2) experimentado pero sin estrés asociado; 3) experimentado con un grado menor de estrés asociado; y 4) experimentado con un grado importante de estrés asociado. En el primer cuestionario, las mujeres fueron interrogadas respecto de todos los eventos experimentados desde la concepción y en el segundo desde la finalización del primero en adelante.

Además, en el primer cuestionario se tuvo en cuenta el sangrado vaginal durante el embarazo y al momento del parto se registró si había habido sangrado vaginal o sospecha de retardo del crecimiento intrauterino en el segundo período del embarazo analizado. En ambos cuestionarios las mujeres fueron interrogadas respecto de las preocupaciones relacionadas con el embarazo, las cuales fueron clasificadas en: 1) ninguna preocupación; 2) no particularmente preocupada; 3) un poco preocupada; y 4) preocupada. Las mujeres que al mismo tiempo comunicaron preocupación respecto del embarazo (3 y 4) y efectivamente tuvieron complicaciones fueron clasificadas como preocupadas por las complicaciones del embarazo. En las muestras de la primera parte del embarazo, la concentración diurna del cortisol salival osciló entre 1.92 y 36.70 nmol/l con una mediana de 9.58 nmol/l, mientras que la concentración nocturna lo hizo entre 0.28 y 15.60 nmol/l (mediana 1.72 nmol/l). Con respecto a las muestras obtenidas en la segunda parte, los niveles resultaron particularmente elevados ($p < 0.01$) con concentraciones diurnas de 3.70 a 50.50 nmol/l (mediana 11.89 nmol/l) y nocturnas de 0.44 a 28.30 nmol/l (mediana 2.92 nmol/l). Cuando las medianas de las concentraciones de ambos periodos fueron comparadas en cada participante, los valores arrojaron un aumento del 24% para las concentraciones diurnas y del 72% para las nocturnas en el segundo trimestre.

Aquellas mujeres con un peso elevado previo a quedar embarazadas tuvieron concentraciones de cortisol nocturno significativamente menores ($p < 0.01$) en las dos etapas del embarazo. Sin embargo, solamente el hábito de fumar influyó en la asociación entre el estrés y el cortisol.

No se encontraron diferencias en el cortisol nocturno en las participantes con eventos estresantes comparadas a aquellas que no los presentaron. Las mujeres que experimentaron al menos un evento o hemorragias del primer trimestre tuvieron menores concentraciones de cortisol diurno que aquellas que no las presentaron (7% menos, IC95% 0-15%, $p = 0.06$). Sin embargo, las diferencias estadísticamente significativas en el cortisol diurno se observaron solamente cuando las mujeres se hallaban preocupadas respecto de su embarazo y tuvieron una hemorragia en el primer trimestre comparadas con el resto de la población de estudio.

Las mujeres que experimentaron uno o más eventos o complicaciones del tercer trimestre ($n = 261$) tuvieron una elevación del 8% en los niveles del cortisol nocturno (IC95% 1-15%, $p = 0.03$). Las 68 mujeres que presentaron complicaciones tuvieron mayores niveles de cortisol nocturno (diferencia del 13%, IC95% 2-23%) y aquellas que al mismo tiempo comunicaron preocupaciones tuvieron un aumento del 36% en dichos niveles en el último trimestre comparadas con aquellas sin complicaciones en el segundo trimestre.

Las mujeres que experimentaron más de un evento tendieron a exhibir mayores concentraciones de cortisol nocturno, pero esto dependió de su evaluación del estrés por evento. De las 101 participantes que comunicaron eventos estresantes durante el segundo trimestre, la percepción del estrés para los eventos se asoció positivamente con el nivel de cortisol (prueba para la tendencia $p < 0.01$), pero solamente aquellas que se sintieron muy estresadas tuvieron diferencias estadísticamente significativas con quienes no experimentaron ninguno ($p = 0.03$). Sin embargo, en el último período, la asociación entre los niveles de estrés más elevados y el cortisol se redujo en 13-25% luego del ajuste.

Las 39 mujeres que estuvieron muy estresadas por uno o más

eventos o preocupadas respecto de las complicaciones presentaron un aumento del 39% en la concentración del cortisol nocturno comparadas con el resto luego del ajuste (IC95% 5-44%, $p = 0.001$). El cortisol nocturno más elevado (media geométrica: 4.3 nmol/l) se observó en las mujeres estresadas que además eran fumadoras ($n = 20$) Su nivel de cortisol nocturno fue 55% más elevado (IC95% 25-93%), $p < 0.01$ que el de las no fumadoras que no experimentaron eventos estresantes o complicaciones del embarazo. Se encontraron niveles elevados de cortisol durante el embarazo en las mujeres que experimentaron eventos estresantes o complicaciones del último trimestre.

Es posible que los efectos del estrés sobre las variables resultado del embarazo sean una consecuencia de la exposición del feto a los niveles elevados de cortisol durante el último trimestre en las mujeres estresadas. La asociación entre los niveles del cortisol y estos criterios de valoración todavía necesita ser evaluada en poblaciones humanas y se planea hacerlo con la cohorte empleada en este estudio.

Debe remarcar que la magnitud de las diferencias que se observaron fue pequeña y resultado de muchas comparaciones. Solamente se obtuvieron muestras únicas dos veces por día durante el curso del embarazo y hay pocos datos con respecto a si el estrés experimentado fue agudo o crónico. Además este diseño no permitió evaluar cuándo se produce el cambio desde ausencia de asociación o reducción en los niveles de cortisol a la elevación observada a las 30 semanas. En conclusión, estos resultados sugieren que la reacción del eje HPS al estrés es diferente a lo largo del embarazo. Estudios mejor diseñados permitirán establecer cómo y cuándo estos cambios aparecen, mediante el empleo de métodos más adecuados para medir el estrés y el cortisol.

 Información adicional en
www.sicsalud.com/dato/dat044/05808052.htm

16 - Factores Predictores de Lesiones de la Sustancia Blanca en Pacientes con Depresión

Hickie I, Naismith S, Ward P y colaboradores

Journal of Affective Disorders 85(3): 327-332, Abr 2005

Los signos de hiperintensidad observados en resonancia magnética nuclear (RMN) son más prevalentes y/o más graves dentro de la sustancia blanca profunda, de las regiones periventriculares o subcorticales de algunos subgrupos de pacientes con depresión mayor (DM). Dichas lesiones han sido asociadas con mayor edad, edad más tardía del inicio de la depresión, cambios psicomotores, factores de riesgo vascular y ausencia de antecedentes familiares de trastorno afectivo. Es importante resaltar que las lesiones son predictoras de resistencia al tratamiento y de progresión hacia la atención institucional.

Los autores han informado la asociación entre depresión de inicio tardío y la mutación del alelo de la metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR). La elevación de la homocisteína constituye un factor de riesgo de enfermedad vascular y, potencialmente, de demencia. Recientes estudios poblacionales han relacionado a la homocisteína o a la MTHFR con infartos cerebrales asintomáticos, enfermedad de la sustancia blanca, síntomas depresivos y, en cohortes clínicas, con retraso cognitivo. La hiperhomocisteinemia puede ser corregida mediante la suplementación dietaria con vitamina B₁₂ y ácido fólico.

En vista de estrategias preventivas, resulta de creciente importancia dilucidar las relaciones existentes entre el riesgo vascular, los factores dietarios y los cambios cerebrales estructurales. Por ello, los autores realizaron un estudio para analizar estas variables en pacientes con depresión.

Los participantes fueron 47 pacientes con DM con una edad media de 52.8 años y 21 voluntarios sanos de 54.7 años en promedio, a quienes se les realizó estudios con RMN de alta resolución. Las imágenes en T2 fueron utilizadas para obtener el puntaje de hiperintensidad de la sustancia blanca profunda (SBP) y regiones periventricular (PV) y subcortical (SC). Los puntajes se

obtuvieron de forma bilateral y fueron sumados por subregiones: SBP, las regiones frontal, temporal, parietal y occipital fueron clasificadas como (0) ausente, (1) focos puntuales, (2) confluencia temprana, (3) gran confluencia, con un puntaje máximo de 24 puntos; PV, con un puntaje máximo de 18 puntos; y SC donde el núcleo caudado, la formación lenticular, el tálamo y la cápsula interna fueron clasificados como (0) ausente, (1) puntual, (2) multifocal, (3) difuso, con un puntaje máximo de 24. Los puntajes de PV y SBP fueron sumados para obtener un puntaje entre 0 y 6 (PV + SBP).

Los psiquiatras determinaron la gravedad de la depresión mediante la *Hamilton Depression Rating Scale*, el retardo psicomotor con el CORE y la cognición mediante el *Mini-Mental State Examination*. Además se registraron las variables clínicas concernientes a la edad de inicio, el diagnóstico del DSM-IV, la duración del episodio actual y el número de episodios depresivos.

Los genotipos de ApoE y de MTHFR fueron determinados por métodos de reacción en cadena de polimerasa (PCR). Los grupos heterocigotas y homocigotas para el alelo mutante C677T MTHFR fueron incluidos en un grupo común "en riesgo". En forma similar, los sujetos fueron clasificados como positivos (al menos un alelo) o negativos para ApoE2 y ApoE4.

Las muestras de sangre fueron analizadas respecto de los niveles séricos de folato (nmol/l) y de vitamina B₁₂ (pmol/l).

No hubo diferencia en la edad, sexo o nivel cognitivo entre los pacientes con depresión y los sujetos control. Tampoco hubo diferencias en la extensión de las lesiones PV, SC o de la SBP entre pacientes y controles o en la extensión total de la lesión. Sin embargo, los pacientes con depresión presentaban mayor cantidad de factores de riesgo vascular, menores niveles de folato y un incremento de la frecuencia del alelo ApoE2.

Mediante la utilización del puntaje PV + SBP (0-6), los índices de "cambios extensos" caracterizados por puntajes mayores o iguales a 3 resultaron de 15% en esta muestra.

La edad presentó una elevada correlación con todas las lesiones de la sustancia blanca. No se observaron diferencias entre pacientes con depresión de inicio temprano o de inicio tardío en los puntajes medios de SBP, PV, SC o total. En forma similar, no se observaron índices aumentados de lesiones de la sustancia blanca entre aquellos con depresión melancólica y no melancólica.

Para los pacientes con depresión, no hubo asociación entre la presencia de genotipos de riesgo de MTHFR y los niveles de folato sérico o vitamina B₁₂. Los niveles más bajos de vitamina B₁₂ se asociaron con una mayor extensión de la lesión de la SBP, en particular luego de realizar el ajuste con respecto a la edad. Sin embargo, no hubo asociación entre las lesiones hiperintensas y los niveles de folato sérico o los factores de riesgo genéticos. Mientras que el riesgo vascular total no se relacionó con la extensión de las lesiones, el riesgo de enfermedad de pequeños vasos se relacionó en forma significativa con mayores índices de extensión de las lesiones de SBP, PV, SC y total. Luego de realizar el ajuste respecto de la edad, la relación con lesiones de SBP y lesiones totales permaneció significativa. Los pacientes con hipertensión presentaron mayores índices de lesiones de la sustancia blanca en la SBP y regiones PV y SC. Las lesiones de la SBP y SC se asociaron con antecedente de hipertensión y diabetes.

La prevalencia y gravedad de las lesiones de la sustancia blanca en esta cohorte resultó inferior que la observada en cohortes previas. Esto concuerda con otros estudios recientes en pacientes más jóvenes o en aquellos con trastornos depresivos menos graves.

Es de destacar que la presente fue una muestra relativamente pequeña de pacientes reclutada de servicios de especialistas, por lo que los hallazgos podrían no representar lo observado en cohortes mayores o en la población general. Esta muestra puede haber tenido menor cantidad de pacientes con elevado riesgo de presentar lesiones.

De acuerdo con investigaciones previas, los pacientes con depresión parecen presentar menor nivel de folato sérico. Sin embargo, ni el nivel de folato ni el de MTHFR fueron predictores de lesiones de la sustancia blanca. Es interesante destacar que los menores niveles de vitamina B₁₂ se asociaron con incremento de las lesiones de la SBP, pero no así las características clínicas. Luego de realizar el ajuste respecto de la edad, y de acuerdo con otras investigaciones, los factores de riesgo para la enfermedad de

pequeños vasos –hipertensión o diabetes– fueron predictores de lesiones de la sustancia blanca en pacientes con depresión. Sobre la base de estos hallazgos, los autores sugieren que el riesgo de lesiones de la sustancia blanca en pacientes con depresión mayor está limitado a aquellos con factores de riesgo concurrentes de tipo vascular, dietario o genético.

En los pacientes con DM, los niveles de vitamina B₁₂ y los antecedentes de hipertensión o diabetes son predictores de lesiones de la sustancia blanca.

 Información adicional en www.sicsalud.com/dato/dat044/05809005.htm

17 - Estudian el Rendimiento de Pacientes Esquizofrénicos con el *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST)

Gutiérrez Rojas L, Molero Santos P y Ortuño Sánchez-Pedreño F

Actas Españolas de Psiquiatría 33(3):173-179, May 2005

Actualmente se acepta que la esquizofrenia es un trastorno mental grave que por lo general se inicia en la adolescencia o principios de la juventud. El comienzo habitualmente es insidioso; la sintomatología aparece en forma gradual o bruscamente con un trastorno notable del comportamiento. Es común que en el transcurso de la patología aparezcan deficiencias cognitivas. A partir de la década del ochenta los síntomas comienzan a dividirse en positivos y negativos. En la actualidad, los primeros se consideran consecuencia del exceso de funciones emocionales o cognitivas normales. Los síntomas negativos obedecen al fenómeno opuesto.

Si los pacientes se clasifican en grupos según el coeficiente intelectual es más posible encontrar áreas específicas de deterioro, fenómeno que de otra forma es complicado por múltiples factores de interferencia. En relación con la neuropsicología de la esquizofrenia no hay por el momento resultados concluyentes que indiquen cuál es el hemisferio con daño (lateralidad) o qué lóbulo cerebral está lesionado. Los estudios cognitivos mostraron que los pacientes con esquizofrenia tienen deficiencias en múltiples áreas. No pueden mantener la atención en tareas de vigilancia, tienden a distraerse y presentan dificultades para retener las respuestas inapropiadas. Tienen compromiso en el dominio de recuerdo y aunque entienden lo que se les dice no logran ser comprendidos. Tienen dificultad en la planificación del discurso y en el uso del lenguaje para la comunicación. Entre las pruebas generales que suelen utilizarse para evaluar la funcionalidad cognitiva, los autores mencionan la *Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised* (WAIS-R) y el *Raven Progressive Matrices* que miden la función intelectual; el *Multilingual Aphasia Battery* que evalúa las funciones del lenguaje y la *Mini-Mental State Examination* que determina el estado mental. La función ejecutora puede evaluarse mediante el *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST), el *Porteus Mazes* y la *Tower of London*. Además, existen otras mediciones para valorar la fluidez, la memoria verbal, la memoria de reconstrucción visual y la función motora.

El WCST, añaden los expertos, permite evaluar la función ejecutora (en otras palabras, la capacidad del paciente para cambiar esquemas) y las estrategias de planificación de las que en teoría es responsable la corteza prefrontal dorsolateral. Es de gran utilidad porque puede ser aplicado en enfermos de 6.5 a 89 años y sólo es necesario que las funciones visual y auditiva sean normales. En el estudio actual se utiliza la forma modificada por Heaton, en relación con el diseño de las tarjetas y su orden de presentación. Los estudios de imágenes mostraron que los pacientes con esquizofrenia tienen actividad reducida en la corteza frontal cuando realizan ciertas pruebas como el WCST. Es posible, entonces, establecer una relación entre un bajo puntaje en dicha escala y la hipoactividad frontal. Aunque en reposo pacientes y controles muestran resultados similares, los enfermos tienen activación anormal. Por su parte, la tomografía por emisión de positrones reveló un aumento del flujo sanguíneo en dicha región del cerebro en condiciones normales,

pero no en pacientes con esquizofrenia. La relación entre la enfermedad y la alteración en el WCST también se observa al añadir D-serina—un agonista del receptor N-metil-D-aspartato, cuya función está reducida en enfermos con esquizofrenia— al tratamiento antipsicótico de estos pacientes y comprobar no sólo la mejoría de los síntomas positivos, negativos y cognitivos sino también las puntuaciones obtenidas en la prueba.

En este trabajo los autores revisaron los hallazgos neuropsicológicos en 30 casos y 23 controles. Los participantes fueron evaluados en el transcurso de un año. Los controles por lo general eran estudiantes de medicina. La edad promedio de enfermos y controles fue de 27.1 años y de 25.7 años, respectivamente. Los pacientes (25 hombres y 5 mujeres) cumplían criterios diagnósticos de la CIE-10. Mediante una entrevista inicial se obtuvo información relacionada con características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, número de hijos, años de estudio y profesión). Los participantes completaron la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) que consiste en una entrevista clínica estandarizada de 30 dominios de operación que permiten evaluar el grado de psicopatología del enfermo; la prueba de preferencia manual de Annett, y el WCST adaptado al español por De la Cruz. Este último consiste en 4 tarjetas-estímulo y 128 tarjetas-respuesta divididas en 2 bloques de 64 y numeradas. Cada tarjeta se puede clasificar según color, forma y número. Se tuvieron en cuenta el número de aciertos, los errores perseverantes, los no perseverantes y el número de categorías completadas. La prueba se considera importante para determinar la capacidad en la resolución de problemas y la habilidad para cambiar el conjunto de respuestas ya que consiste en clasificar cartas según la forma, el color y el número.

Las puntuaciones obtenidas por pacientes en el WCST fueron inferiores a las de controles, esencialmente en el número de errores totales; en las respuestas conceptuales y en las categorías totales completadas. También se comprobaron diferencias en el porcentaje total de respuestas y errores perseverantes. En pacientes, se registraron diferencias sustanciales entre diestros y no diestros. Así, los datos sugieren que el patrón de preferencia manual es indiferente sobre los rendimientos del WCST en sujetos sanos pero que tiene valor en pacientes con esquizofrenia. El rendimiento en enfermos no diestros fue inferior. Al analizar la relación entre la sintomatología (PANSS) y el WCST se advirtieron dos correlaciones significativas; por un lado se constató una asociación negativa entre la intensidad de la sintomatología positiva y el número de errores totales y, en segundo lugar, los pacientes con menos síntomas positivos fueron los que cometieron menos errores. Los resultados confirman que el rendimiento en el WCST en enfermos con esquizofrenia es inferior al que se registra en sujetos sanos; estas diferencias, empero, no son atribuibles al nivel intelectual. No pudieron obtenerse conclusiones definitivas en términos de la relación entre la gravedad de la sintomatología positiva y negativa y el rendimiento en el WCST en esquizofrenia; para ello en la investigación venidera se deberán incluir muestras más amplias y estudiar síntomas individuales en vez de escalas sintomáticas globales, concluyen los autores.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat044/05809018.htm

18 - Protocolo de Tratamiento Psicológico Grupal para Abordar la Sintomatología Depresiva

Benedito Monleón MC, Carrió Rodríguez MC, Del Valle GV y González A

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría
23(92):165-176, Oct 2004

Los trastornos del estado de ánimo se encuentran entre los trastornos mentales más comunes.

Los autores consideran que la bibliografía avala la utilidad de la terapia grupal para la depresión. Por lo tanto, proponen una estrategia terapéutica común para distintos trastornos, tanto mentales como orgánicos crónicos, que cursan con sintomatología depresiva y que requieren la utilización de técnicas idénticas.

Antes de incluir a los pacientes en el programa grupal, se realiza una entrevista clínica individual en la cual se determina el diagnóstico y se valora el problema. Los instrumentos de evaluación utilizados son el *Beck Depression Inventory* (BDI) de Beck, Shaw y Emery, el cual está dirigido a valorar la sintomatología depresiva de carácter fundamentalmente cognitivo, y la Escala de Adaptación (EA) de Echeburúa y de Corral, que analiza el grado de interferencia que un problema provoca en diversas áreas de la vida.

El protocolo de intervención está compuesto por diez sesiones semanales de dos horas de duración. En todas las sesiones se adopta un estilo socrático. Los terapeutas pretenden, mediante la formulación de preguntas, que sean los pacientes quienes deduzcan los aspectos fundamentales de las sesiones.

La primera sesión tiene como objetivo establecer un buen clima grupal que favorezca la adecuada evolución clínica de los pacientes.

En la segunda sesión, que forma parte del módulo terapéutico psicoeducativo, se identifican y describen cuáles son los síntomas más comunes de la depresión y sus características. En la tercera se trata de identificar y describir cuáles son los factores que originan la aparición de los síntomas depresivos.

El objetivo de la cuarta sesión es que los pacientes entiendan cómo aparece, se mantiene y se trata la sintomatología depresiva. Incluye la presentación del modelo explicativo de la etiología, psicopatología y tratamiento de los síntomas depresivos. Por ello, el tratamiento propuesto combina la intervención farmacológica con la psicológica de orientación cognitivo-conductual.


Con la quinta sesión se inicia el modelo de tratamiento conductual, y su objetivo es incrementar el ritmo diario de actividad del paciente, su sentido de competencia y su capacidad de disfrute. Para ello, se trabajan las técnicas de programación de actividades, asignación de tareas grupales, prácticas de ensayo cognitivo y juego de roles.

El aprendizaje de estrategias efectivas para el enfrentamiento de los problemas personales constituye el objetivo de la sexta sesión, mediante la orientación general hacia el problema, su definición, la búsqueda y la valoración de alternativas de solución y la elección de una de ellas y su puesta en práctica.

El módulo de tratamiento cognitivo comienza en la séptima sesión. Esta se centraliza en el papel de los pensamientos en general y sus características específicas dentro del ámbito de los trastornos depresivos. Se trabaja sobre la influencia del pensamiento en las emociones y las conductas y sobre la reestructuración cognitiva.

La octava sesión tiene como finalidad el aprendizaje de estrategias cognitivas que ayuden a los pacientes a sustituir los pensamientos que los interfieren por otros más adaptativos. Se utilizan y trabajan diferentes técnicas terapéuticas como las de detención de pensamientos negativos, el entrenamiento en desafío de dichos pensamientos, el entrenamiento en autoinstrucciones y en técnicas de distracción, para la realización de actividades que compitan con las cogniciones negativas. La novena y décima sesión forman parte del modelo terapéutico de prevención de recaídas. Se establecen tres momentos de seguimiento: al mes, a los 6 meses y 6 meses luego de la finalización del tratamiento. En cada una de estas fases se evalúa la evolución del paciente durante el tiempo transcurrido desde la última sesión y se completan los instrumentos BDI y EA.

De acuerdo con Pérez y García, existen tres tratamientos psicológicos que demostraron eficacia en la depresión en estudios controlados: la terapia de conducta, la terapia cognitiva y la terapia interpersonal. Todas son pasibles de aplicación en grupo, y no solamente como tratamiento en la fase aguda sino también como continuación, mantenimiento, prevención de recaídas y recurrencias. Según estos autores, la eficacia ha mostrado ser, como mínimo, similar a la medicación antidepressiva.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat044/05809023.htm

19 - Determinan los Mejores Puntos de Corte de la Escala de Beck para Pacientes Internados

Furlanetto LM, Mendlowicz MV y Romillo Bueno J

Journal of Affective Disorders 86(1):87-91, May 2005

La depresión en pacientes internados es una situación que a menudo no se diagnostica ni se trata correctamente. Se vio que la depresión en esta población se asocia con mayor morbilidad y mortalidad y con incremento sustancial de los costos en el sistema de salud. La *Beck Depression Inventory* (BDI) es una de las escalas más utilizadas para valorar este trastorno. Sus autores propusieron que podría subdividirse en dos subescalas: la cognitiva-afectiva (secciones 1 a 13) y la somática y de rendimiento (dominios 14 a 21). Asimismo, recomiendan el uso de la primera –denominada forma corta (BDI, *short form*, BDI-SF)– para valorar depresión en sujetos con patologías médicas y sugirieron que los puntajes superiores a 10 se acompañan de síndromes depresivos moderados y graves.

Asimismo, existe cierta preocupación en relación con el uso de la escala completa en pacientes con enfermedades particulares, ya que los síntomas ocasionados por la patología física podrían afectar los dominios somáticos. Diversos estudios mostraron que los puntos de corte óptimos pueden ser diferentes en ciertas poblaciones y que también dependen de los propósitos de la investigación (rastreo o diagnóstico). Los autores del trabajo encontraron que el mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad se obtenía con umbrales de 9/10, con el cual el BDI se asocia con un elevado valor predictivo negativo (93.8%) y positivo (65.5%). El objetivo del estudio actual es establecer la validez de la BDI-SF para la detección de episodios depresivos moderados a graves según criterios ICD-10 en pacientes internados por patologías médicas diversas y determinar puntos de corte para ser aplicados en ámbitos médicos de urgencia. Se estudiaron 155 enfermos internados en salas de guardia, 53% de ellos de sexo femenino con una edad promedio de 49.5 años. Todos fueron entrevistados durante las primeras 72 horas de internación; se aplicó la *Clinical Interview Schedule* (CIS) para efectuar el diagnóstico psiquiátrico ICD-10. Se tuvieron en cuenta características sociodemográficas y antecedentes médicos y psiquiátricos y, el mismo día de la entrevista, los pacientes completaron la BDI-SF. El episodio depresivo actual se clasificó según criterios ICD-10 (de la OMS de 1992) en función de la gravedad. Para el análisis actual, los individuos con depresión moderada o grave se consideraron casos, mientras que aquellos con depresión leve o eutímicos se consideraron controles.


El área bajo la curva ROC fue 98.4%. Cuando se consideró un punto de corte de 9/10 se detectaron todos los pacientes con depresión pero a expensas de un elevado número de falsos positivos (40.4%). En otras palabras, 21 enfermos sin depresión se catalogaron como “casos” según la BDI. En cambio, cuando el umbral fue de 13/14 hubo una baja incidencia de falsos positivos (14.7%) pero 2 sujetos con depresión no fueron identificados.

En opinión de los autores, éste es el primer estudio que evalúa la validez de la BDI-SF con los criterios de depresión del ICD-10 en pacientes internados. Los resultados indican que el punto de corte de 10/11 recomendado por Beck y Steer discrimina depresión en esta población de pacientes con un índice relativamente bajo de interpretación errónea. Sin embargo, la sensibilidad es sólo del 96.8% lo que significa que 3 de cada 100 pacientes quedarían eventualmente sin ser detectados. Por lo tanto, en caso de que el instrumento se utilice con fines de rastreo –cuando se necesita sensibilidad elevada y alto valor predictivo negativo– es recomendable aplicar un punto de corte de 9/10 que se asocia con sensibilidad del 100%, aun cuando la especificidad es algo inferior, del 83.1%. Por el contrario, si la BDI-SF se empleará como herramienta diagnóstica, es imprescindible que posea elevada especificidad y valor predictivo positivo; en este caso, el umbral ideal parecería ser 13/14, que se acompaña de una sensibilidad del 93.5% y de una especificidad del 96%. Por encima de dicho punto, la sensibilidad decae considerablemente sin que se obtengan grandes aumentos en la especificidad, añaden los expertos. Este último umbral –13/14– también muestra la mayor sumatoria de sensibilidad y especificidad y el menor índice de interpretación incorrecta y

brinda la máxima discriminación entre pacientes con depresión significativa y aquellos con depresión leve o no deprimidos.

En un estudio previo, los autores encontraron que el 40% de los enfermos con estas características muestran remisión del episodio depresivo índice durante la internación, en la medida que la patología mejora. En segundo lugar, la aplicación de sólo las primeras secciones del instrumento puede no ser tan útil como la escala completa (de 21 dominios), ya que algunas poblaciones (por ejemplo sujetos de edad avanzada) pueden presentar esencialmente alteraciones vegetativas y somáticas. Sin embargo, en virtud de que los pacientes internados por lo general no toleran largas entrevistas, la brevedad de esta herramienta es sin duda una de sus principales ventajas, sobre todo cuando el propósito es el rastreo. Por último, señalan los expertos, la BDI es una escala que no puede reemplazar la entrevista diagnóstica realizada por un profesional con experiencia. De hecho, cuando se aplica un umbral de 9/10 se producen algunos resultados falsos positivos y por lo tanto es recomendable que en un paso posterior estos “casos” detectados sean evaluados más profundamente. Si se tienen en mente estas precauciones, la BDI-SF podría ser un instrumento útil para pesquisa e investigación.

En conclusión, esta escala puede utilizarse con confianza para la detección de depresión moderada y grave en pacientes internados.

 Información adicional en www.sicsalud.com/dato/dat044/05816022.htm

20 - Relación entre el Aumento de Lípidos Séricos y Psicopatología en Pacientes Bulímicas

Monteleone P, Santonastaso P, Pannuto M y colaboradores

Psychiatry Research 134(3):267-273, Abr 2005

En pacientes con anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) se ha informado una amplia variedad de anomalías bioquímicas periféricas que incluyen cambios en la homeostasis de glucosa, lípidos y proteínas. En particular, los trastornos lipídicos están presentes en al menos 50% de las pacientes anoréxicas y están principalmente representados por incremento de la concentración sérica de colesterol total que no se relaciona con disfunción tiroidea, gravedad de la pérdida de peso, ingesta dietaria de nutrientes y conductas purgativas.

En la BN también se ha informado hipercolesterolemia, pero esto no ha sido adecuadamente investigado. Por lo tanto, es posible que la hipercolesterolemia informada en la BN se relacione a la falta de ayuno de los sujetos estudiados. Debido a la naturaleza crónica de la BN, la hipercolesterolemia persistente podría tener consecuencias potencialmente negativas en la salud ya que incrementa el riesgo de enfermedad coronaria e ictus. Más aun, en pacientes con trastornos psiquiátricos diferentes de los trastornos alimentarios (TA), las modificaciones en el colesterol total se asociaron con ciertas dimensiones psicopatológicas como impulsividad, agresión, hostilidad, depresión y tendencias suicidas, que también suelen presentarse en personas con BN.

Los autores realizaron un estudio sobre los niveles séricos de lípidos en una considerable muestra de mujeres bulímicas y en mujeres sanas luego de 12 horas de ayuno y analizaron la relación entre los lípidos séricos y los trastornos psiquiátricos comórbidos, la psicopatología y las variables hormonales.

Los autores midieron los niveles séricos de colesterol total, triglicéridos, glucosa, 17 beta-estradiol y hormonas tiroideas [T3 libre (T3L) y T4 libre (T4L)] luego de 12 horas de ayuno en 75 mujeres bulímicas de 24.5 años en promedio, del Centro de Trastornos Alimentarios de las Universidades de Nápoles y Padua y en 64 mujeres sanas de 24.2 años en promedio.

No se observaron diferencias significativas entre las pacientes bulímicas y los controles en los valores medios de edad, índices de masa corporal, de masa grasa o de masa magra. De las pacientes con BN, 15 presentaban diagnóstico concomitante de depresión

mayor; 22 presentaban trastornos afectivos; 16, AN y 13 tenían diagnóstico del eje II de trastorno límite de la personalidad. En comparación con las mujeres sanas, las pacientes bulímicas presentaron concentraciones séricas medias significativamente mayores de colesterol y triglicéridos, pero valores similares de glucosa, 17 beta-estradiol, T3L y T4L. No se observaron diferencias significativas en estas variables entre pacientes con depresión comórbida o sin ella, trastorno límite de la personalidad o AN.


De acuerdo con los criterios del *National Cholesterol Education Program Expert Panel* (1988), 58.6% de las pacientes con BN presentaban colesterol total dentro del intervalo esperado (< 5.172 mmol/l); 24%, colesterol mayor al límite superior (5.172-6.181 mmol/l) y 4%, un nivel elevado no deseable (> 6.206 mmol/l). Para las mujeres sanas, estos valores fueron 89%, 10.9% y 0, respectivamente. Ninguna de las mujeres exhibió concentraciones séricas de triglicéridos que excedieran el intervalo normal de referencia (0.338-2.258 mmol/l).

Como resultado de este estudio en mujeres bulímicas, los niveles séricos medios de colesterol y triglicéridos se encontraron significativamente aumentados en comparación con los hallados en mujeres sanas de similar grupo etario, con 28% de las pacientes con concentraciones séricas de colesterol superiores al valor deseable de 5.172 mmol/l. Los niveles medios de triglicéridos también resultaron superiores en el grupo con BN en comparación con el grupo control, pero ninguna de las mujeres presentó concentraciones séricas superiores al nivel de referencia.

Se ha propuesto que los niveles aumentados de colesterol y triglicéridos son consecuencia de un incremento de su consumo dentro de la dieta. Un estudio mostró que los niveles séricos de colesterol se correlacionaron de manera significativa con la ingesta de colesterol durante los atracones.

Un mecanismo alternativo involucra el sistema nervioso simpático (SNS), ya que la activación simpática aumenta la actividad de la lipoproteína lipasa, lo que conduce al incremento de los niveles de ácidos grasos libres en sangre. Los atracones de la BN parecen inducir una activación exagerada del SNS. Por lo tanto, la hiperactivación del sistema noradrenérgico inducida por los atracones recurrentes podría conducir a un incremento de los niveles séricos de lípidos en pacientes bulímicas. Los hallazgos del presente estudio respecto de la falta de asociación entre los cambios de lípidos séricos y trastornos afectivos o trastorno límite de la personalidad sugieren que el colesterol no está involucrado en la génesis o en el mantenimiento de psicopatología depresiva o agresiva en personas bulímicas. Por otro lado, se hallaron correlaciones positivas entre los niveles séricos de colesterol y algunas dimensiones psicopatológicas que se cree son características de pacientes con TA como la compulsión por la delgadez, sus sentimientos de incompetencia y su deteriorada conciencia interoceptiva y regulación de impulsos.

Un incremento del colesterol sérico podría afectar las funciones de neurotransmisión y de los neuroesteroides en el SNC, lo que podría ser responsable del mantenimiento de ciertas dimensiones psicopatológicas en pacientes con BN.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat044/05816008.htm

21 - Considerar los Síntomas de la Depresión en la Esclerosis Múltiple Permite un Mejor Abordaje Terapéutico

Siebert RJ, Abernethy DA

Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry
76(4):469-475, Abr 2005

Si bien ya en el siglo XIX Charcot había descrito algunos síntomas psiquiátricos en la esclerosis múltiple (EM), no es hasta 1950 que comenzaron las investigaciones sobre la depresión en esta enfermedad. Los autores de esta revisión indican la frecuente

comorbilidad de ambas entidades y sus consecuencias clínicas, como la aparición de ansiedad, deterioro cognitivo, ideación suicida y fatiga.

Diversos autores concuerdan en que la prevalencia de la depresión en la EM varía entre el 20% y el 50%, según las escalas de evaluación utilizadas. Otras veces puede ocurrir que la depresión no sea diagnosticada y por lo tanto el paciente no reciba el tratamiento adecuado. De todas maneras, todos los estudios remarcan que la prevalencia de la depresión en la EM es mayor que en otras enfermedades crónicas.

La depresión guarda relación con la ubicación de las lesiones de la EM en el sistema nervioso. Es así como los pacientes con lesiones en el cerebro son más propensos a sufrir depresión que aquellos que presentan lesiones medulares. Más específicamente, mediante estudios de resonancia magnética nuclear se determinó que la aparición de las lesiones en los lóbulos temporales se relaciona con los síntomas depresivos y demás síntomas psiquiátricos.

Los investigadores que se han dedicado a estudiar este aspecto revelan que el 28% de estos pacientes cometen suicidio. Los factores que predisponen al suicidio son el sexo masculino, la juventud, el abuso de alcohol, la falta de contención social y la falta de tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Debido a la alta comorbilidad de la depresión con la ansiedad, es esperable encontrar un alto índice de ansiedad en estos pacientes; aunque también se encuentran síntomas de ansiedad en pacientes con EM que no están deprimidos.

Si bien la fatiga es un síntoma común en la depresión y en la EM, parece ser que la fatiga y la depresión no se relacionan entre sí en los pacientes con esta enfermedad. Un estudio diferenció la fatiga mental de la fatiga física y determinó que la depresión causaba más fatiga mental que física. Pero estudios posteriores longitudinales concluyeron que la fatiga mental y la física varían con el transcurso del tiempo, por lo que no sería de utilidad esta diferenciación.

Tampoco se ha podido determinar aún si la fatiga es causada por las lesiones cerebrales o por la reacción psicológica a la enfermedad.

El deterioro cognitivo en estos pacientes se encuentra relacionado con las lesiones en la sustancia blanca cerebral y con la comorbilidad depresiva. Entre los factores determinantes de la depresión en la EM figuran la capacidad de adaptación o para afrontar el estrés y la contención social. De esta manera, quienes no posean una buena capacidad de afrontamiento ni una sólida estructura social que los contenga, tendrán mayores posibilidades de sufrir depresión. A su vez, el paciente deprimido perderá capacidad de afrontamiento, con lo cual se perpetuarán los síntomas depresivos.

Desde 1990 que se está utilizando el interferón beta en el tratamiento de la EM. Si bien inicialmente se dijo que la depresión podía ser una reacción adversa al interferón, estudios posteriores indicaron que esta droga puede considerarse un factor predisponente de depresión en la EM, cuando los pacientes tienen antecedentes de depresión.


Algunos estudios realizados con antidepresivos tricíclicos describieron mejoría del cuadro depresivo en pacientes con EM, sin por ello olvidar sus reacciones adversas. Más recientemente, algunos autores han sugerido beneficios con el empleo de agentes inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como la sertralina. Debe recordarse que la EM produce disfunciones sexuales que podrían confundirse con los efectos adversos de algunos ISRS.

Actualmente se prefiere el tratamiento combinado: un ISRS como la sertralina asociado con terapia cognitiva conductual.

Los autores concluyen que la depresión en la EM es muy frecuente y sin embargo no siempre se diagnostica y trata debidamente.

También describen las características clínicas de la depresión que modifican la evolución del paciente al incrementar el riesgo de suicidio, la ansiedad, la fatiga y el deterioro cognitivo.

En cuanto al tratamiento, consideran que los pacientes pueden beneficiarse con el empleo de ISRS como la sertralina y con psicoterapia cognitivo conductual. El interferón utilizado para el tratamiento de la EM puede producir síntomas depresivos en aquellos pacientes con antecedentes de depresión.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat044/05816036.htm