

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.

12 - Eficacia Comparable de Atomoxetina y Metilfenidato: Resultados de un Estudio en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad Infantil

Wang Y, Zheng Y, Du Y y colaboradores

Póster presentado en AACAP en octubre de 2005

La atomoxetina fue aprobada en 2002 para tratar niños, adolescentes y adultos con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD). Fue el primer tratamiento farmacológico no estimulante para dicho síndrome; actuaría mediante el bloqueo del transportador presináptico de noradrenalina. Su afinidad por ese transportador parece ser elevada, mientras que con respecto a otros transportadores, sería mínima.

En estudios previos se informó la superioridad de la atomoxetina en comparación con placebo en la disminución de los síntomas de ADHD. La droga tendría una eficacia similar a la del metilfenidato. Además, la atomoxetina demostró ser segura y tolerable.

El presente estudio multicéntrico, aleatorizado, a doble ciego, se llevó a cabo con el objetivo de evaluar la eficacia de la atomoxetina en relación con el metilfenidato en el tratamiento del ADHD. Se efectuó durante un período agudo de 8 semanas de duración. Se evaluó además la tolerabilidad y la seguridad de la atomoxetina y del metilfenidato.

La edad de los participantes fue de 6 a 16 años. Todos debían reunir los criterios diagnósticos para cualquier subtipo de ADHD presente en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).

El estudio se dividió en dos etapas. La primera correspondió a la detección sistemática, período de lavado farmacológico y evaluación de todos los pacientes. Tuvo más de 33 días de duración. En la segunda etapa se llevó a cabo el tratamiento agudo con atomoxetina o metilfenidato durante aproximadamente 8 semanas, de manera aleatorizada y a doble ciego.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: al menos 25 puntos para los varones –22 para las mujeres– en la escala *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Rating Scale-IV-Parent Version: Investigator-Administered and Scored* (ADHDRS-IV-Parent:Inv); una puntuación de 4 en la escala *Clinical Global Impressions Severity-Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* (CGI-ADHD-S) en la primera y en la segunda visitas.

Los criterios de exclusión consistieron en antecedentes de trastorno bipolar de tipo I o de tipo II, psicosis o trastorno generalizado del desarrollo; diagnóstico de trastorno de ansiedad de acuerdo con los criterios incluidos en el DSM-IV; diagnóstico o antecedentes familiares de síndrome de Tourette o diagnóstico de tics motores.

Se administraron dosis diarias matutinas de atomoxetina de 0.8 a 1.8 mg/kg en una toma. El placebo se administró a la hora del almuerzo. Con respecto al metilfenidato, se administraron 0.2 a 0.6 mg/kg/día en dos tomas.

En cuanto a la determinación primaria de eficacia, se efectuó una comparación entre los índices de respuesta al tratamiento. La respuesta se definió de acuerdo con una disminución del 40% o más al final del estudio, con respecto al puntaje inicial en la escala ADHDRS-IV-Parent:Inv. Las determinaciones secundarias de eficacia se efectuaron de acuerdo con el cambio entre el valor inicial y la última observación realizada en las siguientes escalas: ADHDRS-IV-Parent:Inv, *Conner's Parent Rating Scale-Revised: Short Form* (CPRS-R:S) y CGI-ADHD-S. Se llevó a cabo un análisis de covarianza.

Recibieron atomoxetina 164 individuos, de 9.4 años en promedio. El 86.6% era menor de 12 años y el 82.9%, de sexo masculino. El 2.4% tenía el subtipo de ADHD hiperactivo/impulsivo, el 36% con el subtipo de déficit de atención y el 61.6%, combinado. De este grupo, 38 pacientes tenían antecedentes de tratamiento con estimulantes.

El grupo tratado con metilfenidato estuvo integrado por 166 pacientes de los cuales 134 eran varones. La edad promedio era 9.9 años y el 80.7% era menor de 12 años. En cuanto al subtipo de ADHD, 6 eran hiperactivos/impulsivos, 65 con déficit de atención y 95 de tipo combinado. Cuarenta y dos pacientes habían recibido estimulantes con anterioridad.

Los índices de respuesta fueron del 77.4% para los pacientes tratados con atomoxetina y del 81.5% para los que recibieron metilfenidato. Al administrar atomoxetina se registraron los siguientes cambios con respecto al inicio del estudio en las puntuaciones de la escala ADHDRS-IV-Parent:Inv: 1) para el total de casos, el cambio con respecto al inicio del tratamiento fue de 38.6 puntos; 2) para el subtipo de ADHD con déficit de atención, el cambio fue de 21.8 puntos; 3) para los pacientes con subtipo hiperactivo/impulsivo, la puntuación varió en 16.9 puntos. Con respecto al metilfenidato, las variaciones registradas fueron de 37.4, 21.4 y 16 puntos, respectivamente.

En cuanto a los resultados de la aplicación de la CPRS-R:S, mediante la administración de atomoxetina se registró un cambio de 26.6 puntos. Al administrar metilfenidato éste fue de 26.3 puntos. Con respecto a la CGI-ADHD-S, ambas drogas produjeron una variación similar, correspondiente a 5.3 puntos.

Los efectos adversos que se presentaron con una incidencia del 5% o más para cualquiera de los dos grupos fueron anorexia, disminución del apetito, náuseas, somnolencia, cefaleas, mareos y dolor abdominal, entre otros. El grupo que recibió atomoxetina mostró una incidencia de efectos adversos del 86.6%, porcentaje total significativamente superior en comparación con el registrado en el grupo tratado con metilfenidato (67.5%). La incidencia de interrupción del tratamiento debida a los efectos adversos fue del 11% para el grupo tratado con atomoxetina y del 3.6% para los que recibieron metilfenidato.

Entre los pacientes que recibieron atomoxetina se observó un descenso ponderal leve pero estadísticamente significativo de 1.2 kg. En cambio, el grupo tratado con metilfenidato registró un descenso de 0.4 kg. En cuanto a la tensión arterial, al índice cardíaco y al intervalo QT corregido, no se detectaron diferencias significativas entre los grupos. Tampoco se observaron discrepancias de importancia en las determinaciones de laboratorio.

La atomoxetina no resultó inferior con respecto al metilfenidato en cuanto a la mejoría de los síntomas de ADHD según la comparación de los índices de respuesta obtenidos mediante la aplicación de la escala ADHDRS-IV-Parent:Inv luego de 8 semanas de tratamiento.

Ambas drogas produjeron mejorías clínica y estadísticamente significativas. Esto se observó también en los subtipos con déficit de atención e hiperactivo/impulsivo del trastorno. La administración de atomoxetina acarrió un número superior de efectos, potencialmente atribuible al número de tomas. Estos efectos adversos disminuyeron con el tiempo.

Los efectos adversos producidos por la administración de metilfenidato tuvieron menor incidencia. Esto podría deberse a la división de la dosis diaria en dos tomas o a la administración de dosis menores con respecto a estudios efectuados previamente.

La atomoxetina resultó segura y adecuadamente tolerada al administrar dosis de 0.8 a 1.8 mg/kg/día en una sola toma. En cuanto a la mejoría de los síntomas, la eficacia fue similar a la observada con la administración de 0.2 a 0.6 mg/kg/día de metilfenidato en dos tomas a los pacientes pediátricos ambulatorios con diagnóstico de ADHD.

 Información adicional en www.siicsalud.com/049/06612012.htm

13 - Aspectos sobre Prevención de Trastornos Mentales y del Comportamiento

Saxena S, Jané-Llopis E, Hosman C

World Psychiatry 5(1):5-14, Feb 2006

El potencial y las posibilidades de prevención de los trastornos mentales y del comportamiento han aumentado en forma sustancial en los últimos años. Las intervenciones universales, selectivas e indicadas se hallan incluidas dentro de la prevención primaria. Las primeras están dirigidas al público general o a todo un grupo poblacional que no ha sido identificado como de riesgo elevado. Las selectivas se dirigen a individuos o subgrupos con un riesgo de presentar un trastorno mental significativamente superior al promedio como lo indican factores de riesgo biológicos, psicosociales o sociales. Por último, la prevención indicada está dirigida a las personas con un riesgo elevado, en quienes se han detectado signos o síntomas que anuncian un trastorno mental, o marcadores biológicos indicativos de una predisposición, pero que todavía no reúnen los criterios diagnósticos. La prevención secundaria busca reducir la tasa de casos establecidos de una enfermedad en la población (prevalencia) a través de la detección temprana y el tratamiento de los casos diagnosticados, mientras que la prevención terciaria incluye las intervenciones que reducen la discapacidad, refuerzan la rehabilitación y previenen las recaídas y recurrencias de la enfermedad.

La distinción entre promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales radica en sus objetivos. La primera busca promover una salud mental positiva a través del aumento del bienestar psicológico, la competencia y la resiliencia, y la creación de condiciones de vida y ambientales de apoyo. La prevención de los trastornos mentales busca reducir los síntomas y las patologías mentales, y emplea estrategias de promoción de la salud mental como uno de los medios para alcanzar sus objetivos. La promoción de la salud mental puede también provocar, como resultado secundario, la reducción de la incidencia de trastornos mentales.

La prevención de los trastornos mentales representa una prioridad en salud pública. Dada la elevada y creciente carga de trastornos mentales y del comportamiento y las reconocidas limitaciones en su tratamiento, los autores afirman que el único método válido para la reducción de dicha carga es la prevención. Las ciencias biológicas y sociales han provisto información sustancial acerca del papel de los factores de riesgo y de protección en el desarrollo de los trastornos mentales y una salud mental subóptima. Muchos de estos factores son potenciales objetivos de las medidas de promoción y prevención. Al respecto, se ha observado que las estrategias preventivas reducen los factores de riesgo, refuerzan los factores de protección, disminuyen los síntomas psiquiátricos y retardan el comienzo de algunas enfermedades mentales.

Los profesionales de la salud mental desempeñan diversos papeles en el campo de la prevención. Sin embargo, sólo pueden esperarse resultados a nivel poblacional cuando se invierten suficientes recursos humanos y financieros. Estos

últimos deben dirigirse a la implementación de programas y políticas de prevención basados en la evidencia y al desarrollo de la infraestructura adecuada. Gran parte de estas inversiones, sostienen los autores, deberá provenir de los gobiernos, ya que éstos tienen la responsabilidad final sobre la salud de la población. En la actualidad se observa en el mundo una distribución desigual de los recursos dirigidos a la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental. Por ello, se requieren iniciativas internacionales que busquen reducir esa desigualdad y apoyen a los países de bajos ingresos para el desarrollo de conocimientos, experiencia, políticas e intervenciones de prevención, adecuados a sus necesidades, cultura, condiciones y posibilidades.

La prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental deben formar parte integral de las políticas sanitarias y de promoción de la salud tanto a nivel local como nacional. Así, la acción conjunta de diferentes sectores públicos producirá beneficios para todos los segmentos de la sociedad en los aspectos sanitario, social y económico.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat048/06428010.htm

14 - Evolución de la Depresión en la Infancia y la Adolescencia

Dunn V, Goodyer I

British Journal of Psychiatry 188:216-222, Mar 2006

Una proporción significativa de jóvenes con depresión perpetúan su trastorno afectivo en la vida adulta; la evolución puede variar según los sexos: los varones muestran un mayor riesgo de persistencia, mientras que las mujeres parecen tener más recurrencias. Las tasas de recurrencia oscilan entre 60% y 70%, aunque se desconocen los factores que más influyen en la evolución de la enfermedad.

Los autores realizaron un estudio longitudinal en 113 sujetos con edades que oscilaban entre los 8 y 17 años; 58 eran pacientes derivados de una clínica a causa de trastornos psiquiátricos (grupo 1). Los controles fueron 30 jóvenes sin trastornos mentales que acudieron a la consulta clínica (grupo 2) y había 25 participantes provenientes de la comunidad que presentaban depresión mayor, depresión menor o distimia, quienes constituyeron el grupo 3. Las entrevistas se realizaron al ingresar en el estudio, transcurridas 36 semanas y poco tiempo después del cumpleaños número 22 de cada paciente.

En comparación con el grupo 3, los participantes que provenían de la consulta clínica presentaron trastornos más graves, tuvieron tasas más elevadas de intentos de suicidio, autolesiones y síntomas psicóticos. Asimismo, la aparición de la depresión en estos últimos individuos ocurrió a edades más tempranas, necesitaron mayor medicación y mostraron más antecedentes de enfermedades psiquiátricas en sus familiares de primer grado. La edad y la pubertad no influyeron en la evolución de los cuadros depresivos.

En el seguimiento, el 80% de los controles permaneció libre de enfermedad mental, en tanto que esto sucedió en el 28% y en el 40% de los pacientes provenientes de los grupos 1 y 3, respectivamente. En estos últimos, el 35% y el 48% padecieron depresión recurrente, mientras que esta patología persistió desde el primer episodio en el 22% y el 8%, respectivamente. Por su parte, el 14% del grupo control experimentó un primer episodio depresivo.

De los 33 pacientes (10 varones) provenientes del grupo clínico que posteriormente padecieron trastornos afectivos, el 70% de los hombres y el 26% de las mujeres experimentaron depresión

persistente, mientras que los episodios recurrentes ocurrieron en el 74% de las mujeres y en el 30% de los varones.

Si bien no se registraron suicidios durante el seguimiento, se observó una tendencia a una mayor frecuencia de ideación e intentos suicidas en el grupo 1 (33%) en comparación con el grupo 3 (12%); sólo una persona del grupo 2 manifestó ideación suicida sin intento.

El episodio depresivo inicial remitió por completo en el 78% del grupo 1 y en el 92% del grupo 3, con un tiempo promedio de remisión de 2 años y 3 meses, respectivamente. El 44% (n = 20) de los individuos del primer grupo experimentó al menos un episodio de recurrencia de depresión después de la remisión en un promedio de 9.25 años y con una duración aproximada de 45 semanas. Doce pacientes del grupo 3 presentaron una recurrencia de depresión en un promedio de 3.4 años, con una duración aproximada de 44 semanas.

La duración promedio de la depresión fue de 9.6 años; de los 15 sujetos en quienes no hubo remisión, 3 padecían depresión pura, 7 presentaron ansiedad y depresión en forma conjunta y 5 manifestaron comorbilidades múltiples. La mayoría tenía un perfil diagnóstico complejo, con la depresión persistente como aspecto esencial del cuadro mórbido. Hubo una frecuencia significativamente superior de intentos de suicidio e ideación suicida entre quienes presentaban depresión persistente (87%) que entre aquellos que tenían episodios recurrentes (19%). El 80% de los casos con depresión persistente se acompañó de al menos un trastorno comórbido.

La persistencia de los trastornos afectivos ocurrió en más de la mitad de quienes padecieron depresión en la infancia o adolescencia. Las mujeres fueron más propensas a la recurrencia y los varones a la persistencia de la depresión. Los hallazgos de esta investigación sugieren que estos pacientes pueden beneficiarse con intervenciones diagnósticas y terapéuticas más tempranas, duraderas e intensivas que las habituales.



Información adicional en

www.siicsalud.com/dato/dat048/06505002.htm

15 - La no Remisión del Cuadro Depresivo Implica Mayor Utilización de los Recursos Sanitarios

Graden S, Cronkite R, Roybal D y colaboradores

Póster presentado en CINP 2004

En una evaluación realizada en los Estados Unidos en el año 2000 se observó que sólo el 38% de los costos relacionados con la depresión eran directos y el 62% se relacionó con los costos indirectos, determinados de acuerdo con la disminución en la productividad a causa del ausentismo, la incapacidad o las dificultades en el desempeño laboral. Además, 5 400 millones de dólares gastados ese año correspondieron a los costos derivados del aumento de la mortalidad debido al suicidio.

El tratamiento de la depresión hasta lograr la remisión resulta en pacientes más productivos y acarrea costos totales menores para el sistema de salud en comparación con los costos que se originan por el tratamiento de pacientes con cuadros depresivos persistentes.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la relación entre el estado anímico depresivo actual, es decir, la remisión parcial o total o la depresión manifiesta, la utilización de los recursos sanitarios y la productividad. Se realizó el seguimiento de 23 años y la evaluación longitudinal de pacientes en tratamiento continuo que en 1980 habían sido diagnosticados con depresión unipolar. Los autores se centraron en las siguientes hipótesis: 1) los individuos con depresión utilizarán los servicios de salud en mayor medida en comparación con los pacientes

que lograron la remisión; 2) los pacientes depresivos tendrán una productividad inferior en relación con aquellos que alcanzaron la remisión.

En cuanto a las características de los participantes, 424 pacientes reunieron al comienzo del estudio los criterios de inclusión. Finalmente, se efectuó el seguimiento de 23 años de 306 pacientes. El índice de pacientes que proporcionaron sus respuestas a la encuesta fue del 81.6%. El análisis final se efectuó con respecto a 169 pacientes.

Los cuestionarios de seguimiento que se enviaron a los pacientes fueron de diferente naturaleza. El seguimiento incluyó consultas telefónicas y visitas domiciliarias, con el objetivo de aumentar la respuesta al tratamiento. Los cuestionarios aplicados fueron los siguientes: *Health and Daily Living Form* (HDL), mediante el cual se obtuvo la información demográfica, el número de condiciones comórbidas, la utilización de los servicios de salud y la productividad; *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) *-10-item Index*.

Mediante este último examen se evaluó el ánimo depresivo, la disminución del interés o del placer, la disminución del apetito o del peso, los problemas relacionados con el sueño, la falta de energía, la fatiga y el cansancio, los sentimientos de culpa, de desprecio por la propia persona, los problemas de concentración y los pensamientos de muerte, entre otros.

Para la evaluación final de seguimiento, los pacientes fueron clasificados en diferentes grupos: 1) actualmente en remisión, integrado por el 42% de los participantes; 2) depresión actual, el 32%; 3) remisión parcial, el 26% de los participantes, quienes no reunían los criterios para remisión o depresión.

Para las evaluaciones estadísticas se tuvo en cuenta la edad, el sexo, el nivel educativo y las condiciones comórbidas mediante un análisis de covarianza.

En cuanto a las características de los 71 pacientes que habían alcanzado la remisión del cuadro depresivo, 72% eran de sexo femenino y 39% estaban casados. La edad fue, en promedio, de 56.8 años. En cuanto al nivel educativo, fue de 15 años de escolaridad en promedio. Se detectó 1 entidad comórbida en promedio.

De los 44 pacientes que alcanzaron la remisión parcial, el 70% eran mujeres y la edad promedió los 56.3 años. La mitad de los pacientes estaban casados. Se registró un antecedente educativo de 14 años de duración, en promedio. El número medio de comorbilidades fue de 1.5.

El grupo de pacientes con depresión tuvo 54 integrantes. El 59% eran mujeres y la edad media era de 56.1 años. El 39% eran casados. Los años de educación fueron los mismos que en el grupo anterior. La cantidad de comorbilidades fue de 2.1 en promedio.

Para evaluar la merma en la productividad se tomaron en cuenta diferentes parámetros. Se evaluó la incapacidad para trabajar o para llevar a cabo las actividades habituales debido a problemas de salud y la cantidad de días durante los cuales se observó dicha incapacidad. También se analizó la incapacidad para trabajar o llevar a cabo las actividades acostumbradas debido a problemas emocionales y, particularmente, a cuadros depresivos durante los 12 meses previos.

Otro tópico de interés fue la cantidad de días que el paciente perdió o durante los cuales permaneció en cama debido a problemas emocionales o físicos durante los 30 días previos. Por último, se analizó el ausentismo laboral por motivos de salud durante los 30 días previos.


Los pacientes que mostraban cuadros depresivos al momento de la evaluación presentaron el mayor número de días en cama, perdidos o de ausentismo laboral. Los valores fueron menores para aquellos que alcanzaron la remisión parcial y aun más bajos para los pacientes cuyo cuadro depresivo había remitido totalmente.

En cuanto a los motivos para la disminución del trabajo o de las actividades habituales, el deterioro en la salud fue la causa principal, tanto para los pacientes con cuadros de depresión como para aquellos que habían alcanzado la remisión parcial.

Los problemas emocionales y la depresión causaron un porcentaje mucho menor de disminución. Sin embargo, los porcentajes más elevados correspondieron a los pacientes depresivos o que habían alcanzado la remisión sólo parcialmente.

Luego de 23 años y a pesar del tipo de tratamiento administrado, el 58% de los pacientes analizados no habían alcanzado la remisión del cuadro depresivo. Esta falta de remisión se relaciona con una disminución en la productividad y una utilización elevada de recursos sanitarios.

En comparación con los pacientes depresivos que alcanzan la remisión, aquellos que tuvieron cuadros depresivos presentes o que sólo lograron la remisión parcial refirieron, durante el mes previo, mayor cantidad de días durante los cuales la actividad se redujo. Lo mismo se observó con respecto al ausentismo laboral durante el año previo.

 + Información adicional en www.siicsalud.com/dato/049/06612011.htm

16 - Las Consecuencias Económicas de la Atención Psiquiátrica Inadecuada

Min M, Biegel D, Johnsen J

Psychiatric Rehabilitation Journal 29(2):114-121, 2005

La presentación simultánea de los trastornos mentales y relacionados con el consumo de sustancias acarrea índices de comorbilidad del 25% al 60%. Esto representa un problema para el sistema de salud, debido al costo de atención de este tipo de pacientes, para quienes la adaptación a la comunidad es dificultosa.

La información sobre los factores predictores de hospitalización psiquiátrica en los pacientes con un diagnóstico dual es escasa.

El objetivo del presente estudio fue evaluar las diferencias en los factores predictores de hospitalización psiquiátrica entre los pacientes con un trastorno mental y un trastorno relacionado con el consumo de sustancias y los pacientes con sólo una enfermedad mental. Se evaluó el impacto de ciertas variables sobre la hospitalización de los pacientes que cumplen los criterios diagnósticos de una o de dos entidades psiquiátricas y la similitud entre dichas variables para ambos tipos de pacientes.

En el modelo conceptual aplicado se clasifican diferentes variables que explican la utilización de los servicios de salud por parte de cada individuo, la cual sería una función de la predisposición a utilizar los servicios de salud, de los factores que permiten o impiden dicho uso y de la necesidad de atención. La predisposición se refiere a las características personales previas al comienzo de un episodio de la enfermedad que resultan en diferentes tendencias individuales hacia la utilización de los sistemas de salud.

Participaron 1 613 adultos con diagnóstico de enfermedad mental que recibieron atención personalizada durante un año por parte de un equipo especializado en crisis. El seguimiento se efectuó durante el mes posterior a la crisis inicial para evaluar si el paciente había sido hospitalizado y por qué.

Los pacientes tenían entre 18 y 95 años. El 48.5% cumplía los criterios diagnósticos para una enfermedad mental y un trastorno relacionado con el uso de sustancias. En cuanto a los factores predisponentes y al componente permisivo, se hallaron características particulares en este grupo: la edad fue ligeramente inferior; predominó el sexo masculino; las probabilidades de no tener vivienda o empleo fueron mayores; el 60% fue remitido por los servicios terapéuticos; esto último se observó, en cambio, en el 46% de los pacientes con diagnóstico para una sola entidad.

Con respecto a la necesidad, el 67.7% de los participantes padecía un trastorno mental muy grave. Esto se observó en un número levemente superior de pacientes con diagnóstico dual. En ambos grupos, alrededor de 2 de cada 5 individuos informaron una alteración en la conducta actual.

El 29.8% de los pacientes que cumplían criterios para el diagnóstico dual tenía antecedentes de internación durante los 5 años previos. El número de hospitalizaciones fue de 1.2 en promedio. Entre los pacientes con una única entidad, la incidencia fue del 17%, con un promedio de 0.5 hospitalizaciones. Por lo tanto, si bien la gravedad de la enfermedad no difirió entre los grupos, los pacientes con diagnóstico dual tuvieron más hospitalizaciones psiquiátricas.

Para los pacientes con diagnóstico de dos entidades, ninguno de los factores predisponentes o facilitadores se relacionó significativamente, excepto la derivación por parte del servicio terapéutico.

En cuanto a los pacientes con una sola entidad, el único factor predisponente relacionado significativamente con la hospitalización fue el hecho de residir en casa de un amigo o pariente. La probabilidad de hospitalización fue un 35% menor con respecto a los que vivían en su propio hogar. Todos los factores facilitadores se relacionaron con la internación.

En coincidencia con estudios previos se observó que casi la mitad de los pacientes que reciben atención psiquiátrica presentan un trastorno simultáneo relacionado con el uso de sustancias. Dichos pacientes tienen mayores probabilidades de hospitalización. De hecho, representaron el 59.3% de los individuos internados durante el período de seguimiento. Las diferencias mencionadas se deberían al inadecuado funcionamiento del sistema sanitario.

En cuanto a los factores predisponentes, los resultados también coincidieron con lo informado previamente. Así, los pacientes que cumplieron criterios diagnósticos para dos entidades tuvieron más probabilidades de ser hombres, jóvenes, afroamericanos y sin hogar.

Con respecto a los factores facilitadores, las diferencias halladas entre ambos grupos fueron de interés. Con mayor frecuencia, los adultos con más de un diagnóstico carecían de ingresos y fueron derivados por el servicio terapéutico. La atención de cada entidad por separado, como se observó en la población estudiada, sería menos efectiva con respecto al tratamiento integrado.

En cuanto a los predictores de internación, las características predisponentes no tuvieron gran impacto diferencial en la probabilidad de internación. Sin embargo, serían útiles para reconocer a los pacientes con trastornos relacionados con el uso de sustancias.

Tanto los factores facilitadores como de necesidad fueron más predictivos para la probabilidad de internación. El único factor predictivo significativo para los pacientes con diagnóstico dual fue el ser derivado por un servicio terapéutico. Sin embargo, la derivación de un paciente con un solo diagnóstico acarrió una mayor probabilidad de internación. Por lo tanto, los servicios terapéuticos derivarían a los pacientes con diagnóstico dual a los sistemas de atención crítica ante una necesidad menor de internación. Esto indica la incapacidad del sistema de salud mental para evaluar adecuadamente las necesidades de dichos individuos.

En cuanto a los factores de necesidad, el hallazgo más notorio correspondió a los trastornos de la conducta. Si bien la incidencia fue similar para ambos grupos, dichos factores sólo predijeron la internación de los pacientes con diagnóstico dual.

Los resultados reflejan las dificultades del sistema sanitario a la hora de tratar los pacientes con diagnóstico para más de una entidad. Una solución sería la aplicación de un tratamiento integrado. Así, el sistema de salud mental puede reducir la utilización de los servicios más costosos y mejorar los resultados terapéuticos. Se necesitan estudios adicionales al respecto.

 + Información adicional en www.siicsalud.com/048/06529011.htm