

Artículos seleccionados

Amplias reseñas y trabajos de extensión convencional resumidos en una o dos páginas. Los textos se redactan en español en base a las pautas de estilo editorial de los Resúmenes SIIC que sintetizamos en los siguientes principios: objetividad, fidelidad a las opiniones de los autores, sin comentarios de los médicos especialistas que los redactan, brevedad y amenidad.

3 - Uso de 60 mg de Duloxetina Una Vez al Día Para el Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor Leve

Perahia D, Kajdasz D, Walker D y colaboradores

Lilly Research Centre, Windlesham; Kings College London, Londres, Reino Unido; Lilly Research Laboratories, Indianápolis, EE.UU.

[Duloxetine 60 mg Once Daily in the Treatment of Milder Major Depressive Disorder]

International Journal of Clinical Practice 60(5):613-620, May 2006

La administración de 60 mg de duloxetina en una toma diaria es efectiva para el tratamiento del trastorno depresivo mayor leve.

Existen datos relativamente escasos acerca de la utilidad de los nuevos antidepresivos para el tratamiento de los pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM) leve. Se sugirió que los antidepresivos no deberían utilizarse inicialmente en estos casos. No obstante, esto debe estudiarse más profundamente ya que la mayoría de los pacientes con TDM tratados en el ámbito de la atención primaria presentan cuadros leves. Un obstáculo para evaluar este aspecto se relaciona con los diferentes significados que tiene el término «depresión leve».

Con el advenimiento de los antidepresivos nuevos, los cuales tienen un mejor perfil de tolerabilidad en comparación con los agentes tricíclicos, el balance entre el riesgo y el beneficio asociado con el tratamiento parece inclinarse hacia este último. En consecuencia, la cuestión acerca de la conveniencia de tratar a los pacientes con cuadros leves debe replantearse.

La duloxetina es un inhibidor dual de la recaptación de serotonina y noradrenalina con una afinidad elevada por los transportadores de ambos neurotransmisores y baja por otros receptores. Se ha demostrado su efectividad para el tratamiento de los pacientes con TDM. El objetivo del presente análisis fue evaluar la eficacia y tolerabilidad del tratamiento con 60 mg de duloxetina en una toma diaria en pacientes con TDM leve. Este nivel de gravedad se definió por un puntaje inicial total de 15 a 18 en la *Hamilton Depression Rating Scale* de 17 ítem (HAMD₁₇).

Pacientes y métodos

Se combinaron los datos provenientes de la fase III de dos estudios aleatorizados, multicéntricos, a doble ciego, controlados con placebo y de grupos paralelos de 9 semanas de duración. Los participantes eran adultos de ambos sexos con TDM.

Para efectuar el diagnóstico se aplicó la *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI). Los participantes debían tener un puntaje de 15 o más en la HAMD₁₇ y de 4 o más en la *Clinical Global Impressions of Severity* (CGI-S), tanto en el momento de la detección sistemática como antes del inicio del tratamiento. Se excluyeron aquellos que reunieran los criterios para el diagnóstico de otro trastorno del Eje I o para un trastorno del Eje II que pudiera interferir con el cumplimiento del protocolo, entre otros. No se permitió la utilización de drogas concomitantes con acción principal sobre el sistema nervioso central, excepto hidrato de cloral o zolpidem.

La determinación principal de eficacia se correspondió con el puntaje total de la HAMD₁₇. En segundo lugar se tuvieron en cuenta los resultados de las escalas CGI-S, *Patient Global Impression of Improvement* (PGI-I) y del *Somatic Symptom Inventory* (SSI).

La gravedad del dolor se evaluó mediante escalas visuales analógicas (EVA). Para evaluar la seguridad y tolerabilidad al tratamiento se tuvieron en cuenta los efectos adversos referidos espontáneamente, la tensión arterial en posición supina y la frecuencia cardíaca, entre otros.

Resultados

En total, 159 pacientes presentaban TDM leve, de los cuales 84 recibieron placebo y 75 duloxetina. No se hallaron diferencias entre los grupos en cuanto a las características demográficas y los antecedentes de depresión. El puntaje medio inicial de la HAMD₁₇ fue de 16.9 y de 16.7 para los grupos tratados con placebo y duloxetina, respectivamente.

Los pacientes tratados con duloxetina presentaron una mejoría y un índice de remisión y respuesta significativamente superiores en comparación con los que recibieron placebo medida en la HAMD₁₇. Las determinaciones secundarias de eficacia arrojaron resultados similares evaluadas en la CGI-S y PGI-I. En cuanto a la gravedad del dolor medido en la EVA, los resultados fueron similares para ambos grupos para 4 de las 6 determinaciones (cefalea, omalgia, interferencia con el desempeño diario y duración del dolor). Con respecto al dolor en general y el dolor de espalda, la mejoría resultó superior en forma estadísticamente significativa entre los pacientes tratados con duloxetina.

El 4.8% de los pacientes tratados con placebo y el 13.3% de los que recibieron duloxetina interrumpieron el estudio debido a efectos adversos sin diferencia estadísticamente significativa. No se detectaron efectos adversos graves. Los efectos adversos más comúnmente informados tras la interrupción del tratamiento con duloxetina fueron los mareos y las náuseas. No se observaron cambios de importancia en el peso corporal ni de los signos vitales en ningún grupo.

Discusión

La administración de duloxetina en una dosis diaria única de 60 mg resultó significativamente superior en comparación con el placebo para disminuir la gravedad de los síntomas depresivos entre los pacientes con TDM leve. Tanto los puntajes de la HAMD₁₇ total como las tasas de remisión se redujeron consistentemente entre los pacientes tratados con duloxetina versus aquellos en placebo durante el estudio. Se observó una tendencia inesperada de disminución de los índices de respuesta a medida que el puntaje inicial de la HAMD₁₇ aumentaba. No obstante, este hallazgo parecería ser ficticio ya que no se halló una tendencia similar para el cambio del puntaje de la HAMD₁₇ o el índice de remisión.

Si bien un número mayor de pacientes tratados con duloxetina interrumpieron el tratamiento debido a la aparición de efectos adversos en comparación con el grupo que recibió placebo, la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Anteriormente se sugirió que los pacientes con depresión leve tendrían menos tolerancia ante la aparición de efectos adversos relacionados con el tratamiento antidepresivo. No obstante, esto no coincide con lo hallado en el presente estudio. Los hallazgos coinciden con lo informado en trabajos previos, aunque la comparación directa es dificultosa debido a las diferencias en la definición de «depresión leve» y en la población de pacientes estudiada. La disparidad entre los resultados de los diferentes estudios de evaluación del

tratamiento de los pacientes con depresión leve se relacionaría con la falta de consistencia de los criterios diagnósticos, la heterogeneidad de los participantes, de las evaluaciones efectuadas y de la definición de «respuesta». También deben tenerse en cuenta las diferencias de diseño entre los estudios.

Conclusión

La administración de 60 mg de duloxetine en una toma diaria resultó efectiva para el tratamiento de los pacientes con TDM leve. La seguridad y tolerabilidad del tratamiento observadas en este estudio coincidió con lo informado en los estudios incluidos en el presente análisis. La ausencia de un índice de interrupción más elevado debido a los efectos adversos del tratamiento con duloxetine sugiere que los pacientes con TDM leve no tienen menos tolerancia al tratamiento en comparación con los que presentan una enfermedad más grave. Los hallazgos no concuerdan con las recomendaciones en contra del uso de antidepresivos entre los pacientes con depresión leve. Esta disparidad se relacionaría con la ausencia de claridad acerca de la definición de «depresión leve» y de la terminología empleada.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat051/07115017.htm

4 - Conceptos, Teorías y Factores Psicosociales en la Adaptación al Cáncer

Forjaz M, Garrido Landívar E, Barroilhet Díez S

Universidad Pública de Navarra, Pamplona, España; Escuela de Psicología, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile, Chile

[Conceptos, Teorías y Factores Psicosociales en la Adaptación al Cáncer]

Actas Españolas de Psiquiatría 33(6):390-397, Nov 2005

Revisión sobre las últimas aproximaciones teóricas y los factores psicológicos y sociales relacionados con la adaptación y el tratamiento del cáncer.

Las características psicosociales del manejo del cáncer son fundamentales ya que la enfermedad demanda importantes recursos y requiere la optimización de las intervenciones. Mediante la psicooncología se estudian los aspectos psicológicos, sociales y conductuales del cáncer desde los puntos de vista psicobiológico y psicosocial.

La perspectiva psicobiológica estudia los factores predisponentes para la aparición de cáncer en individuos sanos. Esto es útil para caracterizar las poblaciones de riesgo e idear estrategias de prevención o de detección temprana.

La psicobiografía y el contexto en el que el paciente se encuentra al comenzar la enfermedad determinarán la manera de vivenciarla. Además, las creencias sociales con respecto al cáncer y a las opciones terapéuticas condicionarán la experiencia. El paciente se ve forzado a enfrentarse con el sufrimiento, el deterioro y la muerte, entre otros temas, para cada uno de los cuales debe hallar un sentido personal. Para lograrlo, tiene que integrar la enfermedad a su identidad y definir nuevamente sus relaciones interpersonales y con el medio, sus expectativas y el sentido de su existencia. Los pacientes sufren, más que un acontecimiento estresante, una serie de sucesos estresantes relacionados.

En los últimos años se otorgó importancia a la prevención, la detección y el tratamiento de la enfermedad, debido al conocimiento sobre la influencia de los factores psicológicos y psicosociales en el paciente oncológico. Así, las intervenciones psicosociales pasaron a formar parte integral del tratamiento. El objetivo de la presente revisión fue exponer las últimas aproximaciones teóricas y los factores psicosociales relacionados con la adaptación al cáncer.

Conceptos y teorías: estado actual

De acuerdo con lo expresado en las guías del *National Cancer Institute*, mediante la adaptación psicosocial al cáncer el paciente procura manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas relativos a la enfermedad y controlar los sucesos de la vida relacionados con ella. La adaptación consiste en una serie de respuestas que permiten que el paciente cumpla con las tareas de la vida relacionadas con la enfermedad. Aquellos individuos que logran minimizar los trastornos en las diferentes áreas de funcionamiento, regular el malestar emocional y mantenerse implicados en los aspectos importantes de la vida tienen una adaptación exitosa.

Según Holland, la psicooncología se centra en el «sufrimiento de la mente». Sin embargo, en la actualidad ganó aceptación el paradigma de estrés y afrontamiento. Este permite comprender el proceso de afrontamiento de una enfermedad mortal, «el sufrimiento de la mente» y las pérdidas que acarrea dicho padecimiento. Los pilares de este modelo son la valoración y el afrontamiento. La valoración se relaciona con el significado personal y los recursos del individuo para enfrentar un determinado evento e influye en las emociones y en el afrontamiento posterior.

El estrés comienza cuando el sujeto se da cuenta de la probabilidad que tiene de padecer cáncer o bien cuando tiene la certeza de estar enfermo. Así, cambian las metas y las preocupaciones. En la valoración de este cambio se incluye la evaluación del significado personal, es decir, la «valoración primaria», que se relaciona con las creencias y con los valores personales del paciente. La evaluación de las posibilidades de afrontamiento o «valoración secundaria», en cambio, se relaciona con el nivel en el cual el paciente puede controlar la situación.

El afrontamiento concierne a los pensamientos y al comportamiento del individuo para adaptarse a la enfermedad. Las estrategias de afrontamiento pueden estar centradas en: 1) las emociones, con lo cual el paciente regula el sufrimiento emocional; 2) los problemas, para manejar conflictos específicos mediante la modificación directa de las situaciones que causan sufrimiento, o 3) el significado, para entender la razón de la enfermedad y el impacto sobre su vida. Las estrategias de afrontamiento varían según la intensidad de la respuesta emocional, la habilidad para regularla, las oportunidades para resolver problemas y los cambios en la relación con el entorno.

El estilo de afrontamiento es la estrategia que el individuo utiliza más comúnmente para afrontar las diferentes situaciones de la vida. Esto se relaciona con la disposición general y la personalidad. Mediante el cuestionario de Adaptación Mental al Cáncer se definen 5 estrategias principales de afrontamiento: espíritu de lucha, evitación/negación, aceptación estoica, preocupación ansiosa y desamparo/desesperanza. Mediante el espíritu de lucha, el paciente toma una actitud de aceptación, optimismo y lucha. En cambio, la evitación/negación representa el rechazo y la minimización del diagnóstico. La aceptación estoica se relaciona con el fatalismo y la resignación. En la preocupación ansiosa los pacientes tienden a interpretar el malestar físico como una señal de avance de la enfermedad. En el desamparo/desesperanza la actitud es pesimista y los pacientes se dan por vencidos. Las últimas tres estrategias se relacionan con resultados desfavorables.

El afrontamiento influye en el resultado y en la valoración de la situación por parte del paciente. Las estrategias de afrontamiento pueden no ser adecuadas para controlar el estrés y el malestar emocional. La situación puede mantenerse o empeorar, o bien la estrategia ser inadecuada.

Cada sujeto otorga a la enfermedad un significado global que evoluciona a lo largo de la vida y está influido por sus creencias, sus valores y sus metas. Las situaciones catastróficas, como el diagnóstico de cáncer, tienen un significado situacional y amenazan los valores globales. Por lo tanto, mediante el afrontamiento se intenta conciliar el significado global con el significado situacional.

Influencia de los factores psicosociales en el cáncer

Cuando se diagnostica cáncer deben tenerse en cuenta los recursos psicológicos y sociales del paciente y de su familia. La eficacia del tratamiento se mide tanto en términos de remisión y supervivencia como de calidad de vida, de funcionamiento social y familiar y de grado de ausencia de malestar psicológico y social. Todo ello depende de la adaptación a la enfermedad. Los factores que influyen sobre las valoraciones y configuran las estrategias de afrontamiento pueden ser: variables referentes al contexto sociocultural, variables psicológicas y variables médicas.

Variables relativas al contexto sociocultural

Existen diversos factores socioculturales relacionados con el malestar de los pacientes oncológicos. Por ejemplo, para el cáncer de mama se mencionan la menor edad y el apoyo social deficiente. Además, los sujetos más jóvenes y con un malestar familiar notorio experimentan la situación con un mayor nivel de estrés. El estar casado es un factor protector para la depresión pero no para la ansiedad. Los pacientes con mayor apoyo social tendrían un nivel menor de ansiedad y depresión. Sin embargo, no existen conclusiones sólidas acerca de la relación entre las variables sociodemográficas y el malestar emocional asociado al cáncer.

Debe tenerse en cuenta la etapa vital del paciente, ya que influye en su toma de decisiones y las de su familia. La cultura también tiene influencia en la valoración de los eventos relacionados con la enfermedad. Por ejemplo, los individuos afroamericanos y norteamericanos de origen europeo creían que los pacientes debían enterarse del hallazgo de una metástasis y del pronóstico de la enfermedad y participar de las decisiones terapéuticas finales. En cambio, los norteamericanos de origen coreano y mexicano opinaron que, en primer lugar, debía enterarse la familia y guiar la toma de decisiones.

Variables psicológicas

Las variables psicológicas comprenden tres áreas: preocupaciones/miedos, cambios en el estilo de vida, malestar psicológico. Además, debe considerarse el tipo de estrategia de afrontamiento y los antecedentes psiquiátricos. Durante el diagnóstico, las preocupaciones y los miedos varían de acuerdo con las circunstancias. No obstante, el miedo a la muerte puede presentarse en todo momento.

El paciente debe adaptarse a una nueva rutina de vida y a un nuevo nivel funcional. Pueden existir inconvenientes a nivel conyugal y sexual. Así, el malestar psicológico estaría inversamente relacionado con el nivel de satisfacción conyugal. En relación con el cáncer, el malestar se define como una experiencia emocional desagradable, de naturaleza psicológica, social o espiritual, que puede entorpecer el afrontamiento de la dolencia. El malestar puede ser nulo o extremo, con cuadros de ansiedad o crisis de angustia. Los cuadros extremos se ven menos frecuentemente, con una prevalencia aproximada del 35.1%.

Los factores psicosociales de riesgo para la depresión en los pacientes oncológicos son, entre otros, las habilidades de afrontamiento deficientes, el apoyo social inadecuado y la preocupación ansiosa. El cuadro depresivo suele acompañarse con pensamientos negativos relacionados con la enfermedad y la muerte, que inducen estrategias de afrontamiento poco adaptativas y otorgan una visión negativa del futuro. Evaluar el grado de apoyo social ayudaría a reconocer a los pacientes con riesgo de malestar.

La personalidad también influye en el nivel de malestar. Los pacientes con afectividad negativa, neuroticismo y ansiedad tienden a experimentar emociones negativas, a somatizar y a tener un nivel mayor de preocupación. Además, influye en la percepción que el individuo tiene sobre su calidad de vida, lo cual afectaría el tiempo de supervivencia. Las estrategias de afrontamiento determinan la aparición de preocupaciones y miedos, de cambios en el estilo de vida y de malestar psicológico, con lo cual se configuran nuevas estrategias de afrontamiento.

Variables médicas

La localización y el estadio del cáncer, el tratamiento y el pronóstico afectan las valoraciones, el afrontamiento, los resultados de la enfermedad, la calidad de vida y el bienestar psicológico. El contexto médico es estresante para el paciente, quien debe enfrentarse a la incertidumbre, a los efectos adversos del tratamiento y a los sentimientos de soledad, estigmatización y culpa.

Los factores psicológicos determinan la valoración de los beneficios del tratamiento y condicionan su efectividad, por lo cual deben reconocerse. La relación entre el paciente y el equipo médico es importante. La figura del médico puede ser idealizada, lo cual le atribuye autoridad y le genera exigencias emocionales y de disponibilidad hacia el paciente. Asimismo, las reacciones de este último o de la familia hacia el profesional pueden incluir desde agradecimiento y admiración hasta rabia, según los resultados terapéuticos. Por este motivo, algunos médicos mantienen distancia emocional con el enfermo. Todo lo expuesto puede generar una relación médico-paciente que perjudique los resultados. En cambio, una interacción adecuada favorecería un enfrentamiento más satisfactorio de la enfermedad.


Conclusión

La adaptación psicosocial al cáncer está inversamente relacionada con el nivel de estrés, vía común de repercusión biológica de todas las variables psicosociales implicadas. El estrés crónico conlleva daño cromosómico, alteraciones en su reparación, en la apoptosis, y en la vigilancia inmunológica, lo cual favorecería la aparición o la progresión de la enfermedad. Sin embargo, en este contexto participan muchos factores.

El estrés relacionado con el cáncer es, en general, crónico, con agudizaciones y progresión a medida que la enfermedad avanza. La adaptación psicosocial adecuada implica mecanismos de corrección continuos. La asistencia desde una perspectiva psicosocial es imprescindible. Atender los factores que afectan el proceso de adaptación implica la necesidad de paradigmas que permitan entender sus fases y componentes.

Para obtener conclusiones sobre la adaptación psicosocial al cáncer se debe efectuar una evaluación psicológica específica. Las intervenciones adecuadas reducen el malestar emocional, mejoran la calidad de vida, disminuyen los síntomas, mejoran los parámetros inmunitarios y facilitan la adaptación familiar a la enfermedad. Al evaluar al paciente oncológico deben considerarse los aspectos psicosociales y aplicarlos en la atención médica. Una mejor adaptación al cáncer proveerá mejor calidad de vida, mayor bienestar y mejor pronóstico.

 **+** Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat051/07115000.htm

 **+** Información adicional en www.siicsalud.com: otros autores, especialidades en que se clasifican, etc.

5 - Concentraciones Séricas Maternas de BDNF y Depresión en el Período Perinatal

Hornych K, Zingler C, Lommatzsch M y colaboradores

Department of Pneumology, Institute of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine, University of Rostock, Rostock, Alemania

[Maternal Serum Concentrations of BDNF and Depression in the Perinatal Period]

Psychoneuroendocrinology 31(3):388-394, Abr 2006

La disminución de los niveles séricos del factor neurotrófico derivado de cerebro en las mujeres embarazadas antes y luego del parto reflejaría un aumento del riesgo de aparición de trastornos del estado de ánimo durante el período perinatal.

El factor neurotrófico derivado de cerebro (BDNF) cumple un papel clave en relación con la plasticidad neuronal. Regula la composición sináptica, la liberación de neurotransmisores y la excitabilidad del sistema nervioso central. Su disminución se relaciona con la fisiopatología de la depresión y la administración de BDNF exógeno tiene un efecto antidepresivo. El gen del BDNF es un *locus* de riesgo para la aparición de depresión y su polimorfismo se relaciona con la incidencia de ansiedad y trastornos del estado anímico.

El BDNF se encuentra acumulado dentro de las plaquetas, lo cual se ve reflejado por los niveles séricos elevados del factor. Las plaquetas no intervienen en la síntesis de BDNF sino que actúan como un sistema de transporte. Lo incorporan desde fuentes externas y liberan tras el estímulo de un agonista.

Los niveles séricos de BDNF se correlacionarían con su concentración en el sistema nervioso central y sufrirían modificaciones debido a disturbios relacionados con su liberación o utilización. Un ejemplo de esto es la relación entre la disminución de la concentración cerebral y sérica de BDNF en los pacientes depresivos. De acuerdo con los resultados de estudios clínicos, los sujetos con depresión sin antecedentes de tratamiento farmacológico presentarían niveles séricos bajos del factor, los cuales aumentarían significativamente luego de la administración de antidepresivos. Los niveles séricos de BDNF se correlacionarían con la gravedad de la depresión o con los rasgos depresivos de la personalidad en individuos sanos.

Actualmente se propone que la disminución de la concentración sérica de BDNF es un factor de riesgo para la aparición de trastornos del estado de ánimo y un marcador biológico de depresión. Las mujeres presentarían niveles séricos de BDNF inferiores en comparación con los hombres, con variaciones importantes durante el ciclo menstrual. No obstante, la información acerca de la modulación del factor antes y después del nacimiento de un hijo y su relación con la depresión perinatal es escasa. El objetivo del presente estudio fue investigar el impacto del embarazo sobre los niveles de BDNF y evaluar su relación con la depresión materna.

Pacientes y métodos

Participaron 40 mujeres embarazadas de 20 a 40 años que fueron evaluadas a las 30 y 37 semanas de gestación y durante las semanas 1 y 8 luego del parto. El grupo de referencia estuvo integrado por 40 mujeres no embarazadas en el mismo rango de edad. En cada evaluación se aplicó la *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). Las muestras de sangre se obtuvieron en horas de la tarde y se determinó la concentración sérica de BDNF, serotonina, factor de crecimiento transformante beta 1 (TGFB1), 17 beta-estradiol, progesterona, cortisol y sulfato de deshidroepiandrosterona (DHEAS).

Resultados

No se hallaron diferencias entre los grupos en cuanto a la edad o talla; en cambio, el peso corporal fue

significativamente diferente. Los niveles séricos maternos de BDNF fueron significativamente inferiores en comparación con el grupo de referencia. Además, se halló una disminución concomitante de los niveles séricos maternos de TGFB1 y serotonina.

Si bien el recuento plaquetario fue más bajo para las mujeres embarazadas, no se hallaron diferencias al respecto a las 8 semanas luego del parto. Además, las mujeres embarazadas presentaron niveles de DHEAS significativamente inferiores y concentraciones de cortisol significativamente superiores en comparación con el grupo de referencia. Los niveles de cortisol se normalizaron luego de transcurrida una semana desde el parto y disminuyeron aun más a las 8 semanas. En cuanto a los niveles de DHEAS, luego del parto se observó un aumento significativo que no alcanzó a igualar los valores que presentó el grupo de referencia.

El nivel de BDNF se correlacionó con los niveles de serotonina y TGFB1 pero no con los de estrógenos, progesterona, cortisol y DHEAS. Tampoco se halló una correlación entre el nivel de BDNF y las características del parto o del neonato. No se detectaron diferencias en el nivel del factor según la nuliparidad, multiparidad o el uso de anticonceptivos orales.

Se detectaron 2 casos de depresión entre las integrantes del grupo de referencia. Ambas mujeres presentaban niveles séricos bajos de BDNF y serotonina. No obstante, la cantidad de casos de depresión fue mayor en el otro grupo, especialmente durante la semana 37 de embarazo y la primera luego del parto. Estas pacientes presentaron una tendencia no significativa hacia la disminución del nivel de BDNF y serotonina y un aumento no significativo de la concentración de DHEAS en comparación con las mujeres sin depresión.

En cambio, las participantes con depresión puerperal presentaron niveles significativamente elevados de cortisol en comparación con las mujeres no depresivas. En cuanto a la progesterona y el 17 beta-estradiol, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

Se halló una correlación negativa no significativa entre el puntaje de la EPDS y los niveles séricos de BDNF en la cohorte de madres. Ambos grupos presentaron una correlación no significativa entre el puntaje de la EPDS y las concentraciones séricas de serotonina, TGFB1, progesterona, 17 beta-estradiol y DHEAS. Por último, se detectó una correlación positiva no significativa entre el puntaje de la EPDS y la concentración de cortisol en ambos grupos.

Discusión

Los niveles séricos de BDNF se correlacionan negativamente con la depresión y su disminución sería un factor de riesgo para la aparición del trastorno. De acuerdo con los resultados del presente estudio, las mujeres presentan niveles de BDNF marcadamente bajos durante el último trimestre del embarazo y los primeros 2 meses luego del parto. Esto no se debe al aumento del peso corporal o a alteraciones en el recuento plaquetario sino que sería un fenómeno específico del embarazo y puerperio.

Según lo hallado en modelos animales, los esteroides suprarrenales y gonadales pueden modular la expresión y liberación de BDNF. Por lo tanto, los autores sugirieron que la disminución de la concentración de BDNF se debería a la inhibición de su síntesis o liberación por parte de los esteroides mencionados. No obstante, no se halló una correlación entre los disturbios en los niveles de esteroides y el nivel sérico de BDNF. Es más, los niveles de esteroides se normalizaron mientras que la disminución del BDNF persistió hasta los 2 meses posteriores al parto, con lo cual la hipótesis no sería cierta.

En ambos grupos y en todas las oportunidades de evaluación se halló una fuerte correlación entre los niveles de BDNF, TGFB1 y serotonina que sería independiente del embarazo. La relación con el TGFB1 podría ser un fenómeno general presente en los adultos sanos, mientras que la asociación con

la serotonina sería específica de acuerdo con la edad y el sexo del individuo. Los autores sugirieron que la relación constante entre el BDNF y TGFB1 reflejaría la localización de ambos en los gránulos plaquetarios de tipo alfa. En cambio, las diferentes correlaciones entre el BDNF y la serotonina se deberían a que probablemente estén funcionalmente relacionados en determinadas condiciones. Habría cierta interdependencia entre el BDNF y la serotonina en estructuras neuronales específicas. Recientemente se informó que la disminución de triptófano, precursor de la serotonina, se relaciona directamente con los niveles séricos de BDNF. La interdependencia entre el BDNF y la serotonina sería mayor en las mujeres jóvenes.

La cohorte de madres presentó un aumento de la incidencia de depresión en comparación con el grupo de referencia. Esto concuerda con la hipótesis de que la disminución de los niveles séricos de BDNF se relaciona con la aparición de trastornos del estado de ánimo. No obstante, a pesar de la disminución de los niveles de BDNF, unas pocas madres presentaron depresión y los niveles mencionados no fueron significativamente inferiores en ellas en comparación con las madres que no mostraron depresión.

Por lo tanto, la disminución de los niveles séricos de BDNF no se relacionaría necesariamente con la aparición de depresión y no la predeciría. La disminución marcada de los niveles de BDNF relacionada con el embarazo podría desencadenar depresión en las mujeres con riesgo de padecerla. Por lo tanto, son necesarios estudios prospectivos al respecto.

Tampoco existe información acerca de la duración exacta de la disminución de BDNF luego del embarazo y su relación con las características de los trastornos del estado de ánimo durante el puerperio. No puede descartarse que exista una diferencia en los niveles séricos de BDNF entre las madres depresivas y aquellas sin depresión, por lo cual serían necesarios estudios adicionales al respecto.

Se propuso que el aumento crónico de la secreción del factor liberador de corticotrofina (CRF) se relacionaría con la elevación significativa de los niveles de cortisol que presentan las madres depresivas. Además, se halló una tendencia hacia el aumento de los niveles de DHEAS en los casos de depresión.

Conclusión

Se demostró una disminución de los niveles séricos de BDNF en las mujeres embarazadas antes y luego del parto, lo cual reflejaría un aumento del riesgo para la aparición de trastornos del estado de ánimo durante el período perinatal. No obstante, la concentración sérica individual de BDNF aislada no predijo la aparición de depresión puerperal.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat051/07115001.htm

6 - Disminución de la Disponibilidad Cerebral de Triptófano como Determinante Parcial de la Depresión Posparto

Henry C, Lestage J, Baïlara K y colaboradores

UMR1244 INRA Université Bordeaux 2, Institut François Magendie; Département de Psychiatrie Adulte, CHS Charles Perrrens, Bordeaux, Francia

[Decreased Brain Tryptophan Availability as a Partial Determinant of Post-Partum Blues]

Psychoneuroendocrinology 31(3):407-413, Abr 2006

La disminución de la concentración de triptófano cerebral y sus consecuencias sobre el funcionamiento del sistema serotoninérgico serían responsables de los trastornos en el control de las emociones característicos de la depresión puerperal.

La depresión puerperal que se presenta durante la semana posterior al parto es un cuadro leve que tiene una incidencia elevada. Casi todas las mujeres presentarían características psicológicas o determinantes biológicos relacionados con esta entidad. Además del impacto psicológico que representa el nacimiento de un hijo, los trastornos emocionales y del estado de ánimo, la depresión puerperal se relacionaría con numerosos mecanismos biológicos.


Las alteraciones funcionales del sistema serotoninérgico se asocian con los trastornos del estado anímico y del control de las emociones. La síntesis de serotonina depende de la disponibilidad de triptófano, un aminoácido esencial aportado por la dieta. Su ingreso al cerebro tiene lugar a través de un sistema de transporte de alta afinidad y depende de la competición con los aminoácidos neutros a nivel de la barrera hematoencefálica. La disminución de la disponibilidad de triptófano interfiere con la síntesis de serotonina y desencadena trastornos del estado de ánimo.

El riesgo de depresión puerperal se relaciona con un polimorfismo del gen de la enzima triptófano hidroxilasa. Además, se informó que las concentraciones plasmáticas del aminoácido disminuyen progresivamente durante el embarazo y se normalizan luego del parto. También se demostró un aumento de la concentración plasmática de kinurenina luego del parto, con trastornos en la relación entre esta sustancia y el triptófano en mujeres que presentan depresión puerperal.

Los cambios en la disponibilidad de triptófano luego del parto pueden relacionarse con la actividad de la indolamina-2,3-dioxigenasa (IDO) que transforma el aminoácido en kinurenina. La actividad de la IDO durante dicho período estaría regulada por el sistema inmune y la placenta. Esto se debe a que la transcripción de la IDO es inducida por ciertas citoquinas inflamatorias y a que la IDO tiene una expresión elevada en el sincitiotrofoblasto, donde ocasiona una inmunosupresión local e interviene en la tolerancia inmunológica materno-fetal. Por otro lado, la actividad de la enzima triptófano-2,3-dioxigenasa (TDO) también puede modificarse luego del parto debido a un aumento de los niveles de corticosteroides. El objetivo del presente estudio fue evaluar la relación entre la intensidad de la depresión puerperal y los cambios metabólicos que determinan la disponibilidad de triptófano a nivel cerebral.

Pacientes y métodos

Participaron 15 mujeres embarazadas. Las características psicosociales se evaluaron mediante la aplicación de la *Mini International Neuropsychiatric Interview*, entrevista en la cual se incluyen los criterios para el diagnóstico de trastornos del estado de ánimo incluidos en el eje I del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Para evaluar la intensidad de la depresión puerperal se utilizó la *Kennerley and Gath Blues Scale*. Se determinaron las concentraciones plasmáticas de triptófano libre y total, serotonina, kinurenina y

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

neopterina. Por último, se calculó el índice de disponibilidad cerebral de triptófano (IDT). Para analizar los resultados se compararon los valores obtenidos antes y después del parto.

Resultados

Se halló un aumento leve de la concentración plasmática total de triptófano; en cambio, la concentración de triptófano libre no se modificó. No obstante, su disponibilidad cerebral disminuyó debido al aumento de la concentración plasmática de aminoácidos que compiten con su transporte, como la isoleucina, leucina y tirosina.

El IDT disminuyó entre el período pretérmino y posparto al mismo tiempo que se presentaron los síntomas de depresión puerperal. El cambio del IDT se correlacionó significativa y negativamente con la intensidad de la depresión. En cuanto al metabolismo del triptófano, la concentración plasmática de kinurenina y serotonina aumentó levemente luego del parto. Paralelamente, la concentración plasmática de triptófano aumentó y la de neopterina no se modificó.

Discusión

La disminución de la disponibilidad de triptófano sería un factor determinante para la depresión puerperal. Se sugiere la existencia de determinantes biológicos relacionados con factores psicológicos o sociales. De acuerdo con los resultados del presente estudio y en coincidencia con hallazgos previos, los niveles plasmáticos de triptófano aumentaron un 19% dentro de los 3 primeros días posteriores al parto. No obstante, esto se relacionó con una disminución de la disponibilidad de triptófano debido al aumento de la concentración plasmática de los aminoácidos competidores que dificultarían el transporte del aminoácido a través de la barrera hematoencefálica. En consecuencia, la simple determinación de los niveles plasmáticos de triptófano puede acarrear errores de interpretación. Si bien la disminución del IDT fue pequeña en comparación con lo hallado bajo condiciones experimentales de inducción de trastornos del estado anímico, la depresión puerperal es un cambio transitorio y no un estado patológico. El punto más importante es la correlación entre los cambios del IDT y la intensidad de los síntomas.

Existen factores determinantes para el aumento de la concentración plasmática de aminoácidos. El embarazo y parto se relacionan con sucesos metabólicos y nutricionales importantes. Los cambios hormonales y de la conducta alimentaria, la actividad física durante el embarazo y la adaptación al estrés y la lactancia pueden interferir con el metabolismo de los aminoácidos. Además, dado que el retraso de crecimiento fetal se relaciona con una menor disminución del nivel plasmático de aminoácidos durante el embarazo, se sugirió que el metabolismo fetal sería responsable de la disminución mencionada. Durante el inicio de la lactancia, el catabolismo proteico intervendría en el aumento de los niveles de aminoácidos. De acuerdo con los resultados, los niveles plasmáticos de éstos retornan rápidamente a la normalidad luego de un período de disminución gravídica. Esto coincidiría con la interrupción de los cambios metabólicos materno-fetales. Son necesarios estudios adicionales al respecto.

Las modificaciones de la concentración plasmática de triptófano se relacionarían con la actividad de la enzima IDO, responsable de degradarlo y generar kinurenina. De acuerdo con los resultados, la actividad de la enzima no disminuyó significativamente ya que los niveles plasmáticos de kinurenina aumentaron luego del parto. Por lo tanto, la modificación de las concentraciones de aminoácidos observada luego del parto se debería a la interrupción de los intercambios metabólicos entre la madre y el feto. El transporte de triptófano a través de la barrera hematoencefálica disminuiría pocos días luego del parto como consecuencia del aumento de la concentración plasmática de aminoácidos competidores. La disminución de la concentración de triptófano cerebral y sus consecuencias sobre el funcionamiento del sistema serotoninérgico serían responsables de los trastornos en el control de las emociones

característicos de la depresión puerperal. Tanto los factores biológicos, es decir, el IDT, como los factores psicológicos, estrés y autoestima serían determinantes parciales del aumento de la intensidad del cuadro depresivo. No sucedería lo mismo para los factores sociales como la edad y el estado civil.

El entendimiento de la depresión puerperal como un cambio estereotipado del estado de ánimo ayudaría a entender los procesos responsables del trastorno. Estos mecanismos pueden desencadenar un trastorno real del estado de ánimo en mujeres genéticamente predisuestas.



+ Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat051/07115002.htm

7 - El Riesgo de Enfermedad Coronaria entre los Pacientes con Enfermedad Mental Grave

Nazareth I, King M, Osborn D

Department of Mental Health Sciences, Royal Free and University College Medical School, Londres, Reino Unido

[Risk for Coronary Heart Disease in People with Severe Mental Illness]

British Journal of Psychiatry 188:271-277, Mar 2006

La enfermedad mental grave se relaciona independientemente con aumento del riesgo cardiovascular. Por lo tanto, es necesario el control clínico sistemático de los factores de riesgo cardiovascular entre los pacientes psiquiátricos graves.

Las personas con enfermedad mental grave (EMG) presentan morbimortalidad elevada debido a enfermedad coronaria. En este grupo de pacientes, la principal causa de mortalidad es la enfermedad cardiovascular y la cantidad de casos es creciente. Existiría una relación con los efectos adversos endocrinos y metabólicos del tratamiento antipsicótico, como el aumento de peso y los trastornos en la homeostasis de la glucosa. No obstante, la investigación al respecto es limitada.

El objetivo del presente estudio fue comparar la prevalencia de los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular más importantes entre los individuos con EMG y sin ella en el ámbito de la atención primaria y los puntajes relativos al riesgo cardiovascular según el método de Framingham. En segundo lugar, los autores se propusieron investigar el papel de las variables socioeconómicas en relación con el riesgo cardiovascular y la esquizofrenia. Si bien dichas variables generalmente se ignoran, al igual que la enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo, la esquizofrenia es una enfermedad relacionada con circunstancias socioeconómicas desfavorables. Por último, se investigó la relación entre el tratamiento antipsicótico y el riesgo cardiovascular.

Pacientes y métodos

Participaron pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo u otra enfermedad psicótica crónica no afectiva. Además, se incluyó un grupo de referencia integrado por personas sin enfermedad psicótica. Para calcular el puntaje de riesgo de Framingham se procuró que los participantes tuviesen entre 30 y 75 años y no presentaran enfermedad coronaria preexistente.

Mediante la realización de una entrevista se indagó acerca del hábito de fumar, tratamiento farmacológico y variables socioeconómicas y demográficas de interés. También se averiguaron los antecedentes relacionados con enfermedad cardiovascular isquémica, diabetes mellitus e índice de masa corporal. Se midió la tensión arterial y se efectuaron

determinaciones de colesterol total, colesterol asociado a lipoproteínas de alta densidad (HDLc) y glucemia. El nivel medio de colesterol total entre los varones esquizofrénicos fue 5.4 mmol/l. En cuanto a los hombres integrantes del grupo de referencia, el valor fue de 5 mmol/l.

El puntaje de riesgo de Framingham es un algoritmo en el cual se incluye la edad, sexo, niveles de HDLc y colesterol total, tensión arterial, hábito de fumar y diabetes. El puntaje resultante es un predictor de enfermedad cardiovascular futura más útil en comparación con la evaluación de las variables por separado.

El diagnóstico de los pacientes con EMG se confirmó mediante la consulta al psiquiatra correspondiente. Las dosis de la medicación se calcularon en equivalencia con las dosis de clorpromazina. Además, se estimaron las dosis como porcentaje de las dosis máximas recomendadas en el *British National Formulary*. Se efectuó una comparación adicional del riesgo cardiovascular entre los pacientes tratados con olanzapina o clozapina y los que no recibían dichas drogas debido a que ambos fármacos fueron relacionados con la enfermedad cardiovascular.

Resultados

Participaron 74 individuos con EMG que en general tenían bajos ingresos, pocos poseían automóvil y vivienda, y muchos se hallaban sin empleo. El 89% de los participantes tenían diagnóstico de esquizofrenia. El resto presentaba trastorno esquizoafectivo o trastorno delirante. Los diagnósticos habían sido efectuados entre 2 y 43 años antes. La cantidad media de internaciones psiquiátricas durante los 5 años previos había sido 0.93. El 91% de los pacientes habían recibido atención psiquiátrica dentro de los 2 años anteriores. No obstante, solamente el 50% había requerido dicha atención durante los 3 meses previos, por lo cual la mayoría de los pacientes no necesitaban atención intensiva. El grupo de referencia estuvo conformado por 148 sujetos sin antecedentes de EMG.

El 27% de los pacientes con antecedentes de EMG recibía antipsicóticos de depósito y el 47% estaba tratado con agentes atípicos. La dosis media equivalente a la clorpromazina fue de 217 mg. El porcentaje de la dosis máxima incluida en el *British National Formulary* fue 25%. En comparación con el grupo de referencia, los pacientes con EMG recibían antidepresivos más frecuentemente.

Riesgo cardiovascular

En comparación con el grupo de referencia, los pacientes con EMG presentaron niveles significativamente más bajos de HDLc y un índice colesterol total/HDLc más elevado. La probabilidad de presentar tabaquismo y diabetes y el puntaje de riesgo cardiovascular también fue superior. Además, los pacientes con EMG tuvieron el doble de probabilidades de presentar un puntaje de Framingham elevado en comparación con el grupo de referencia. El riesgo cardiovascular absoluto a 10 años también fue superior para los pacientes con EMG. No se hallaron diferencias significativas con respecto a la tensión arterial.

Efecto de la edad avanzada. La diferencia de los resultados entre ambos grupos varió significativamente con la edad. Entre los pacientes con antecedentes de EMG se observaron más casos de riesgo cardiovascular elevado a 10 años, excepto para los individuos mayores de 60 años. La influencia de la edad se relacionaría con el tabaquismo, el nivel de colesterol total y la hipertensión arterial. Al excluir a los individuos mayores de 60 años del análisis se halló que los pacientes con EMG presentaban diferencias importantes en el riesgo cardiovascular en comparación con el grupo de referencia.

Efecto del desempleo. En cuanto a los ingresos, las diferencias fueron más marcadas entre los individuos menores de 60 años. Al tener en cuenta la edad, la presencia de una EMG fue predictora de un aumento en el riesgo cardiovascular, de un índice colesterol total/HDLc superior y de niveles más bajos de HDLc. El desempleo explicó parcialmente la relación de la EMG con el aumento del nivel de riesgo

cardiovascular, tabaquismo y disminución de los niveles de HDLc.

Efecto de la medicación. Entre los pacientes con EMG se halló que las dosis más elevadas de medicación se relacionaban con un riesgo cardiovascular superior. Diez de los 17 pacientes tratados con clozapina u olanzapina tenían riesgo cardiovascular elevado. En cambio, esto se observó en 27 de los 55 pacientes que no tomaban ninguna de las drogas mencionadas. La proporción de casos de diabetes también fue superior entre los sujetos tratados con clozapina u olanzapina pero las diferencias no fueron significativas.

Discusión

Los pacientes con EMG presentaron el doble de probabilidades de tener riesgo cardiovascular aumentado a 10 años en comparación con el grupo de referencia. Los resultados fueron sólidos al analizar los puntajes de manera continua o categórica y al tener en cuenta la edad y el sexo, y fueron más pronunciados cuando la edad se aproximaba a los 60 años. Este riesgo aumentado coincide con el aumento del doble en la cantidad de muertes por causa cardiovascular informadas previamente. Los principales factores de riesgo se incluyen en el síndrome metabólico: tabaquismo, índice colesterol total/HDLc elevado, diabetes y aumento de la tensión arterial relacionados con la edad avanzada. En cuanto al perfil lipídico, los resultados fueron importantes debido a la escasez de hallazgos epidemiológicos al respecto. La dislipidemia y la diabetes fueron más frecuentes a pesar del tipo de medicación antipsicótica que recibía el paciente y de la similitud en el índice de masa corporal entre ambos grupos.

El riesgo cardiovascular de los pacientes con EMG de mayor edad fue menos marcado. La menor frecuencia de hábito de fumar, dislipidemias e hipertensión podría deberse al fallecimiento de los pacientes con EMG y a un riesgo cardiovascular más elevado. No es sorprendente que la detección de los factores de riesgo cardiovascular aumente con la edad debido a que su prevalencia también lo hace.

Entre las limitaciones del presente estudio los autores mencionan su naturaleza transversal y la omisión de determinaciones electrocardiográficas para detectar hipertrofia ventricular izquierda. En el grupo de individuos sin EMG se incluyeron más mujeres, aunque la diferencia entre ambos grupos no fue significativa. Esto no modificó los resultados del estudio.

Los determinantes socioeconómicos del estado de salud están incluidos entre las prioridades principales de la Organización Mundial de la Salud y los pacientes con EMG son un ejemplo claro de esta relación. De acuerdo con los resultados del presente estudio, la EMG se relaciona independientemente con un aumento del riesgo cardiovascular. Es necesario el control clínico de los factores de riesgo cardiovascular entre las personas con EMG. Además, existiría una relación entre el riesgo cardiovascular individual y los efectos adversos del tratamiento antipsicótico, como el aumento ponderal, la alteración en la homeostasis de la glucosa y las arritmias. Por lo tanto, los pacientes con EMG requieren intervenciones más intensivas para disminuir los factores de riesgo cardiovascular. Es necesario actuar para reducir la frecuencia de tabaquismo, detectar los casos de diabetes e implementar dietas y rutinas de ejercitación, entre otros métodos, para mejorar el perfil lipídico y disminuir el riesgo cardiovascular entre los pacientes con EMG.

 Información adicional en www.siiisalud.com/dato/dat050/06813013.htm

8 - Disminución de la Ideación Suicida en Pacientes con Trastorno Bipolar de Tipo I que Presentan un Episodio Mixto en un Estudio Controlado con Placebo sobre la Administración de Olanzapina en Combinación con Litio o Divalproato

Houston J, Ahl J, Kaiser C y colaboradores

Lilly Research Laboratories, Indianápolis; Massachusetts General Hospital, Belmont, EE.UU.

[Reduced Suicidal Ideation in Bipolar I Disorder Mixed-Episode Patients in a Placebo-Controlled Trial of Olanzapine Combined with Lithium or Divalproex]

Journal of Clinical Psychiatry 67(8):1246-1252, Ago 2006

La adición de olanzapina puede ser útil para reducir la ideación suicida en ciertos pacientes con trastorno bipolar tipo I con respuesta parcial al tratamiento con litio o divalproato.

El índice de suicidio de los pacientes con trastorno bipolar es 20 veces superior respecto de la población general. Entre estos pacientes, la depresión, disforia, agitación, desesperanza y los episodios mixtos son características relacionadas con la conducta suicida. Además, la ideación suicida es más frecuente en los pacientes que presentan depresión bipolar o estados mixtos que en aquellos con cuadros sólo maníacos.

Según se informó recientemente, la administración de litio se relacionaría con disminución de los intentos y de los índices de suicidio; el efecto del litio sería superior en comparación con el de ciertos agentes anticonvulsivos que se administran para estabilizar el estado anímico de los pacientes. La disminución del riesgo de suicidio asociada con la administración de litio a largo plazo podría deberse a que reduce la impulsividad, la hostilidad, la agresividad y la sintomatología depresiva.

En cuanto a los antipsicóticos, a la fecha sólo la clozapina se ha mostrado eficaz para disminuir el riesgo de suicidio en este tipo de pacientes; asimismo, diferentes tipos de antidepressivos resultaron superiores en comparación con placebo para disminuir la ideación suicida. La clozapina y la olanzapina reducirían la ideación suicida en pacientes esquizofrénicos. Sin embargo, aún no se evaluó la eficacia de los antipsicóticos atípicos para disminuir el riesgo de suicidio entre los pacientes con trastorno bipolar.

En un estudio anterior se informó una reducción significativa del riesgo de suicidio mediante el agregado de olanzapina al régimen terapéutico de pacientes con trastorno bipolar que habían respondido parcialmente al tratamiento inicial con litio o divalproato. Con base en un estudio previo (1997-2000) los autores del presente trabajo realizaron un análisis *post hoc* sobre el cambio de los índices de suicidio correspondientes al subgrupo de pacientes con trastorno bipolar tipo I que presentaban episodio mixto.

El estudio, señalan los autores, tuvo un enfoque prospectivo para reducir los errores inherentes a la obtención retrospectiva de información y, de esta manera, identificar síntomas clínicos específicos relacionados con la ideación suicida y evaluar la eficacia del agregado de olanzapina al tratamiento previo con litio o divalproato para reducir los índices de suicidio y síntomas relacionados. El propósito fue identificar los síntomas asociados con tendencia suicida en pacientes con trastorno bipolar tipo I y evaluar el riesgo de suicidio durante el tratamiento con litio o divalproato en combinación con olanzapina.

Pacientes y métodos

Los datos se obtuvieron a partir del estudio previo, realizado a doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo, el cual tuvo el objetivo de evaluar la eficacia de la adición de olanzapina al tratamiento con litio o divalproato durante 6 semanas. Los pacientes debían ser parcialmente

respondedores al tratamiento previo durante al menos 2 semanas. Todos reunían los criterios incluidos en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) para el diagnóstico de trastorno bipolar tipo I. En total, 165 individuos presentaban un episodio de manía aguda y 169, un episodio mixto. Los diagnósticos se realizaron por la aplicación de la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Patient Version* (SCID-P). La respuesta clínica parcial se determinó según el puntaje total de la *Young Mania Rating Scale* (YMRS), que debía ser mayor o igual a 16 en la semana 2. Los pacientes fueron distribuidos aleatoriamente en una proporción 2:1 para recibir 5 a 20 mg/día de olanzapina o placebo adicionales a la terapia previa.

Para este trabajo se incluyeron 58 pacientes con episodio mixto. En el momento de la distribución aleatoria, todos presentaban un puntaje mayor de 0 respecto de la tendencia suicida en el tercer ítem de la *Hamilton Rating Scale for Depression* (HAM-D). Se identificaron los síntomas residuales relacionados con la ideación suicida y se observaron los cambios en estos síntomas durante la adición de olanzapina o placebo. Además, se estimaron los coeficientes de correlación de Pearson para los puntajes de la HAM-D de 21 ítem, tercer ítem de la HAM-D, YMRS, *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) y *Barnes Akathisia Rating Scale* (BARS) empleadas en el estudio previo. En cada visita, se comparó la proporción de pacientes con un puntaje igual a 0 en el tercer ítem de la HAM-D entre los diferentes grupos.

Resultados

La mayoría de los pacientes eran blancos, mujeres y no presentaban síntomas psicóticos; la edad promedio estuvo entre 40 y 45 años. La mayor parte de los pacientes completó el estudio. La dosis media diaria de olanzapina fue de 11.9 ± 5.5 mg. El puntaje del tercer ítem de la HAM-D fue 1 (el paciente piensa que no vale la pena vivir) en 39 casos; 2 (deseo de morir) en 17, y 3, en dos casos (ideación suicida). Un puntaje de 4 es compatible con el intento de suicidio, pero ninguno de los participantes alcanzó ese nivel.

Después de una semana de tratamiento, se verificó una disminución significativa de la tendencia al suicidio entre los pacientes tratados con olanzapina en comparación con los que recibieron placebo. Esto se reflejó en los resultados del tercer ítem de la HAM-D correspondiente a las semanas 2 y 3; pero la diferencia no fue significativa durante las semanas 4 a 6. En general, el efecto de la olanzapina fue significativamente superior en comparación con el placebo. No se hallaron diferencias según la administración previa de litio o divalproato.

En cuanto a la tendencia suicida, los pacientes que presentaron episodios mixtos y un puntaje inicial mayor de 0 en el tercer ítem de la HAM-D y que recibieron placebo empeoraron, en comparación con aquellos que recibieron olanzapina. En total, 9 de los 66 ítem pertenecientes a la HAM-D, YMRS, PANSS y BARS se correlacionaron significativamente con los resultados del tercero de la HAM-D en el momento de la aleatorización. A partir del resultado del análisis de los ítem mencionados se conformaron tres grupos de síntomas: molestias somáticas; depresión agitada; manifestaciones psicóticas. Los pacientes tratados con olanzapina presentaron mejorías estadísticamente significativas en los tres grupos de síntomas en comparación con los que recibieron placebo durante la semana 2 de tratamiento. La diferencia mencionada se mantuvo hasta la semana 6 en el primer grupo de síntomas. Lo mismo se observó en el tercer grupo, excepto en la semana 4 de tratamiento. En el segundo grupo de síntomas, la diferencia no fue significativa después de la semana 2.

Discusión

Según el resultado del análisis de los datos de los 58 pacientes con trastorno bipolar tipo I con episodio mixto incluidos en el estudio, se conformaron tres grupos de síntomas relacionados con la tendencia suicida. El grupo de

síntomas más fuertemente relacionado con tendencia suicida fue el de molestias somáticas, que puede reflejar una aflicción subjetiva no reconocida clínicamente como factor de riesgo de suicidio; esto coincide con lo informado en estudios anteriores.


En el grupo de depresión agitada, la relación con la tendencia suicida resultó intermedia. La depresión agitada grave sería un predictor a corto plazo de suicidio. Además, los pacientes bipolares con antecedentes de intento de suicidio presentan estados depresivos más frecuentes o graves que aquellos sin tendencia suicida.

La relación más débil con la tendencia suicida se observó en el grupo de manifestaciones psicóticas, lo que podría deberse a que el índice de psicosis entre los participantes fue bajo. Dado que se señaló la importancia de la presencia de síntomas psicóticos entre los pacientes con trastornos del estado de ánimo, es necesario efectuar estudios adicionales al respecto. Es importante estimar la aflicción subjetiva de los pacientes con trastorno bipolar e incluir las molestias somáticas en esta evaluación para valorar el riesgo de suicidio y definir los objetivos terapéuticos potenciales, señalan los autores. En el futuro, en la realización de estudios sobre el suicidio deberá considerarse la posibilidad de que la respuesta al tratamiento no sea igual entre los pacientes con ideación suicida y aquellos con conducta suicida.

Los resultados del presente estudio refieren que el puntaje del tercer ítem de la HAM-D se reduce con la adición de olanzapina al tratamiento con litio o divalproato en pacientes con trastorno bipolar tipo I con un episodio mixto y con respuesta parcial al tratamiento con estabilizadores del estado de ánimo como litio o valproato en monoterapia. No obstante, los resultados no indicaron que la administración de olanzapina redujera la conducta suicida. La adición de olanzapina disminuiría los factores relacionados con la tendencia suicida, como el malestar somático, la depresión agitada y los síntomas psicóticos.

Conclusiones

En este estudio se observó una rápida reducción de la tendencia suicida dentro de la semana de la adición de olanzapina en comparación con la adición de placebo. Del mismo modo, el puntaje de los ítem relacionados con las molestias somáticas, depresión agitada y síntomas psicóticos mejoró tras la adición de olanzapina. Además, se halló una relación clara entre los cambios en las molestias somáticas y la ideación suicida. En conclusión, señalan los expertos, la adición de un antipsicótico atípico como olanzapina podría ser útil para disminuir la ideación suicida en cierto tipo de pacientes con trastorno bipolar.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat051/07115005.htm

9 - Uso de Atomoxetina para la Hiperactividad en los Trastornos del Espectro Autista: Estudio Piloto, Cruzado, Controlado con Placebo

Arnold L, Aman M, Cook A y colaboradores

Ohio State University's Nisonger Center, Columbus, EE.UU.

[Atomoxetine for Hyperactivity in Autism Spectrum Disorders: Placebo-Controlled Crossover Pilot Trial]

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 45(10):1196-1205, Oct 2006

La atomoxetina sería efectiva y presentaría buena tolerabilidad para el tratamiento de algunos niños con trastornos del espectro autista y síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Entre los trastornos del espectro autista (TEA) se incluyen el trastorno autístico, el trastorno generalizado del desarrollo no especificado y el síndrome de Asperger. Las características cardinales entre los disturbios mencionados son la hiperactividad, la disminución de la capacidad de atención y la impulsividad, síntomas principales del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Los psicoestimulantes son las drogas de primera elección para el tratamiento de los niños con TDAH. No obstante, los resultados son menos satisfactorios para el tratamiento de los niños con retraso mental. La atomoxetina (ATX) es un agente no estimulante utilizado para el tratamiento del TDAH que inhibe selectivamente el transportador presináptico de noradrenalina. En el lóbulo frontal los transportadores mencionados también recaptan dopamina, con lo cual el fármaco ejerce un efecto dopaminérgico selectivo a este nivel.


De acuerdo con lo hallado en cinco estudios abiertos, los resultados del tratamiento con ATX de niños y adolescentes con TDAH fueron positivos. Del mismo modo, en estudios controlados con placebo se hallaron mejorías estadísticamente significativas mediante la administración de ATX a pacientes con TDAH. Además, se informó que la suspensión del tratamiento ocasiona una cantidad significativa de recaídas. En un estudio efectuado en niños autistas con retraso mental también se hallaron resultados positivos luego de la administración de ATX.

Los niños con trastorno autístico y síntomas de TDAH no responden del mismo modo a los psicoestimulantes en comparación con los niños con TDAH no autistas. Además, una cantidad superior de niños con TEA presentarían efectos adversos indeseables, como irritabilidad, estereotipias y automutilaciones. Dado que se halló la utilidad de la ATX para el tratamiento de diversos pacientes con síntomas de TDAH, los autores realizaron el presente estudio cruzado, a doble ciego, controlado con placebo sobre la administración de la droga a pacientes con TEA y síntomas de TDAH.

Pacientes y métodos

Participaron niños y adolescentes de 5 a 15 años con una edad mental de 18 meses o más que presentaban síntomas de TEA y TDAH. Todos reunían los primeros 4 de los 5 criterios para el diagnóstico de TDAH incluidos en la IV Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Se permitió la administración concomitante de fármacos, excepto drogas catecolaminérgicas sistémicas y betabloqueantes. Los agentes estimulantes y psicoactivos fueron suspendidos antes del inicio del estudio.

Los pacientes fueron divididos de acuerdo con la presencia de trastorno autístico u otros TEA. La dosis de ATX fue ajustada durante 3 semanas y el tratamiento se continuó durante 3 semanas más. Los pacientes recibieron ATX o placebo durante 6 semanas cada uno, separados por un

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

período de lavado farmacológico de una semana; luego se analizaron los resultados de acuerdo con el diagnóstico de cada paciente.

Para confirmar el diagnóstico se aplicó la *Autism Diagnostic Interview Revised*, entre otras evaluaciones. Los resultados del tratamiento se determinaron en primer lugar mediante la aplicación de la subescala de hiperactividad de la *Aberrant Behavior Checklist (ABC)*. En segundo lugar se tuvieron en cuenta los resultados de otras subescalas de la ABC, de la *Repetitive Behavior Scale Revised*, de la *Clinical Global Impressions of Severity (CGI-S)* y de la *CGI of Improvement (CGI-I)* y el cumplimiento de los criterios de TDAH incluidos en el DSM-IV, entre otros. El desempeño cognitivo se evaluó al inicio del estudio, en la mitad del mismo y a la semana 6 mediante la *Continuous Performance Task*, la *Delayed Match to Sample Task* y la *Analogue Classroom Task*. También se estimó la seguridad del tratamiento durante todo el estudio y se efectuó un examen físico y electrocardiográfico al inicio. La respuesta al tratamiento se definió de acuerdo con los resultados de subescalas de hiperactividad de la ABC y de la CGI-I.

Resultados

Al inicio 16 niños fueron aleatorizados y recibieron una dosis media máxima de ATX de 44.2 ± 21.9 mg/día o 48 mg/día de placebo. Las dosis indicadas por los médicos en forma ciega no se correlacionaron significativamente con la gravedad inicial o el grado de mejoría. La ATX resultó superior en comparación con el placebo. Esto se observó al evaluar los resultados de la subescala de hiperactividad de la ABC y los síntomas de TDAH incluidos en el DSM-IV. Sin embargo, la superioridad de la droga no resultó significativa en relación con el déficit de atención. La hiperactividad mejoró significativamente mediante el tratamiento con ATX en comparación con los pacientes que recibieron placebo. Los resultados mencionados no estuvieron influidos significativamente por el diagnóstico inicial, la administración concomitante de drogas psicotrópicas o la gravedad inicial del cuadro.

En cuanto a las determinaciones secundarias de eficacia, la letargia y retraimiento social mejoraron significativamente con la administración de ATX. Se observó la respuesta al tratamiento en 9 pacientes tratados con ATX –de los cuales 2 respondieron también a la administración de placebo– y en 4 pacientes tratados con placebo.

Los efectos adversos más frecuentes fueron los gastrointestinales. Los 16 participantes refirieron molestias gástricas leves, náuseas y vómitos o ambos al recibir ATX. Esto se observó también en 5 pacientes al ser tratados con placebo. Otro efecto adverso asociado más frecuentemente con la administración de ATX fue la fatiga y el aumento de la frecuencia cardíaca (6 a 8 pulsaciones por minuto). Otros efectos adversos asociados con el uso de ATX fueron la disminución del apetito y los cambios del estado anímico, aunque la diferencia no resultó significativa comparada con placebo. No se detectaron datos de interés como resultado de las evaluaciones físicas y electrocardiográficas.

Discusión

Los resultados del presente estudio no difirieron significativamente en comparación con lo hallado en estudios previos. Al igual que el metilfenidato, la ATX tiene un índice más bajo de respuesta en los pacientes con TEA en comparación con lo observado en niños que se desarrollan de manera habitual. Es más, la diferencia media hallada entre la ATX y el placebo no fue significativa. No obstante, 7 de los 16 pacientes respondieron a la ATX y no al placebo, con lo cual al analizar estos casos de manera aislada la diferencia resultó significativa.

De acuerdo con los resultados, sólo un paciente interrumpió el estudio debido a los efectos adversos luego de 4 semanas de tratamiento con ATX. Esto se relacionaría con las propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas de la droga. El efecto terapéutico diferido y prolongado de la ATX

impediría la aparición de la irritabilidad nocturna frecuentemente observada tras la administración diaria de estimulantes. El único efecto adverso serio se observó en un paciente tratado simultáneamente con antipsicóticos.

Con frecuencia, la farmacoterapia de los síntomas de TDAH entre los pacientes con TEA es difícil. Esto se debe a que las respuestas son inesperadas, la tolerabilidad es baja y los beneficios son poco significativos. La ATX sería una opción terapéutica factible, con mayor tolerabilidad que el metilfenidato, con una magnitud de efecto razonable y más promisorio como monoterapia en comparación con su administración combinada con otros agentes. De acuerdo con lo observado en la práctica clínica, la dosis debe ajustarse durante un período de un mes y dividirse en varias tomas para minimizar la posibilidad de efectos adversos. El paciente debe ser evaluado semanalmente durante el primer y segundo mes y se recomienda advertir acerca de los riesgos relacionados con el aumento de la dosis. Al igual que al administrar estimulantes, debe monitorearse la aparición de agitación, cambios del estado anímico, ideación o conducta suicida y signos de trastorno bipolar o psicosis.

Conclusión

De acuerdo con lo observado hasta el momento, la ATX sería efectiva para el tratamiento de algunos niños con TEA y síntomas de TDAH, con un perfil razonable de efectos adversos en comparación con lo observado para el metilfenidato. Son necesarios estudios adicionales al respecto.

 + Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat051/07115014.htm

10 - Remisión y Recaída en la Atención Ambulatoria de Pacientes Esquizofrénicos

Haro J, Novick D, Suarez D y colaboradores

Fundació Sant Joan de Déu, Barcelona, España; Eli Lilly and Company, Windlesham, Reino Unido

[*Remission and Relapse in the Outpatient Care of Schizophrenia*]

Journal of Clinical Psychopharmacology 26(6):571-578, Dic 2006

Entre los pacientes esquizofrénicos la remisión puede ocurrir en cualquier momento, pero la probabilidad disminuye a medida que transcurre el tiempo. El tratamiento con olanzapina se asoció con una frecuencia elevada de remisión en comparación con la administración de antipsicóticos típicos, amisulpirida, clozapina, quetiapina y risperidona.

En general, en los ensayos clínicos aleatorizados se enfoca el análisis sobre los efectos de los psicofármacos en la disminución de la gravedad sintomática a corto plazo, la cual es difícil de valorar en términos de consecuencias clínicas a largo plazo en pacientes y familiares. Esta y otras dificultades de diseño en los estudios llevaron a que se reconsideren las tasas de remisión como una medida adecuada para estimar los resultados terapéuticos entre los pacientes esquizofrénicos.

Cuando se trata de enfermedades curables, la remisión puede definirse como la ausencia de síntomas. En cambio, al hablar de trastornos mentales, la remisión total de los síntomas es infrecuente a pesar de la administración del tratamiento específico. En cuanto a las enfermedades crónicas como la esquizofrenia, la remisión se evaluó en pocos estudios. Recientemente se propuso que la remisión de los pacientes esquizofrénicos debe definirse de acuerdo con la presencia de un cuadro de leve o de menor gravedad durante al menos 6

meses en las tres dimensiones sintomáticas principales: psicoticismo, desorganización conductual y síntomas negativos.

Las recaídas son otro parámetro importante a la hora de evaluar a los pacientes esquizofrénicos, ya que su prevención permitirá el alcance y el mantenimiento de la remisión y la reducción de los costos globales del tratamiento. En consecuencia, el tratamiento debe estar dirigido a la prevención de las recaídas, las cuales se definen por la presencia de un incremento significativo de la gravedad sintomática, una disminución del funcionamiento social o la necesidad de un cambio en el modo de atención, como la hospitalización.

El estudio *Schizophrenia Outpatient Health Outcomes* (SOHO) consistió en el seguimiento de un grupo numeroso de pacientes esquizofrénicos durante tres años. De este modo se pudo analizar la remisión y las recaídas observadas en la práctica habitual. El objetivo del presente estudio fue determinar la frecuencia de remisión y recaídas entre los pacientes ambulatorios incluidos en el estudio SOHO y evaluar las características clínicas y sociodemográficas asociadas. El tratamiento farmacológico se incluyó como uno de los factores posibles correlacionados con los resultados terapéuticos.

Métodos

El estudio SOHO Europeo fue una investigación internacional, prospectiva y observacional llevada a cabo en 10 países europeos. Participaron 1 096 psiquiatras, cada uno de los cuales reclutó al menos un paciente. Los criterios de inclusión fueron: iniciación o cambio de un tratamiento antipsicótico a otro para la esquizofrenia, cumplimiento de un tratamiento ambulatorio o admisión hospitalaria con alta programada 2 semanas después de su ingreso al estudio, ser mayor de 18 años y no haber participado en un estudio intervencionista. El objetivo principal del estudio SOHO fue comparar los resultados de la administración de olanzapina frente a otros antipsicóticos. En consecuencia, los pacientes fueron distribuidos en dos cohortes según iniciasen o cambiasen el tratamiento por olanzapina u otro antipsicótico. Se procuró no interferir con la práctica habitual. La gravedad clínica fue estimada mediante la escala *Clinical Global Impression-Severity* (CGI-S), la cual fue posteriormente expandida y validada como la escala *CGI-Schizophrenia* (CGI-SCH).

La remisión definida por Andreasen como la presencia de un período de al menos 6 meses durante el cual el paciente presentó síntomas de psicoticismo, negativos y de desorganización leves medidos por puntajes bajos en la BPRS fue asumida como parámetro. En el presente estudio se consideró la remisión como un puntaje de 3 o menos en la escala CGI durante al menos 6 meses. Además, el paciente no debía haber estado hospitalizado a causa de su esquizofrenia. La recaída se definió por el aumento de al menos 2 puntos en la escala CGI en comparación con el puntaje mínimo alcanzado por los pacientes durante las visitas de seguimiento o por la presencia de hospitalización.

Resultados

En el análisis de remisión fueron incluidos 6 516 pacientes, el 57.6% de los cuales eran hombres de una edad media de 40.2 años. El 9.6% de los participantes no presentaba antecedentes de tratamiento antipsicótico y la mayoría tenía una enfermedad de larga evolución. Uno de cada 5 pacientes tenía un empleo remunerado y el 29% estaba en pareja. El 64.6% de los participantes alcanzó la remisión durante los 3 años de seguimiento con evaluaciones realizadas al menos cada 6 meses. La mayoría de los que alcanzaron la remisión eran mujeres con un buen nivel de funcionamiento social que presentaban una enfermedad de inicio más tardío, de duración más corta y de menor gravedad en comparación con el resto.

En relación con el inicio del estudio, todos los pacientes recibieron un aumento de la dosis de la medicación inicial. Dicho aumento fue menor para los pacientes tratados con olanzapina o risperidona y mayor para los que recibieron

quetiapina o clozapina. El funcionamiento social inicial resultó ser uno de los factores predictores de remisión sintomática más importantes. Además, los pacientes sin antecedentes de tratamiento tuvieron mayores probabilidades de alcanzar la remisión. La administración de olanzapina también se asoció con una frecuencia elevada de remisión en comparación con el resto de los antipsicóticos administrados. Los factores asociados con peor pronóstico y una probabilidad más baja de alcanzar la remisión fueron el sexo masculino, la duración prolongada de la enfermedad, la gravedad clínica mayor y el tratamiento con estabilizadores del estado de ánimo, hipnóticos o ansiolíticos al inicio del estudio.

Aproximadamente el 25% de los pacientes presentó una recaída durante el período de seguimiento. Los factores asociados con un riesgo más bajo de recaídas fueron la duración prolongada de la enfermedad y el empleo remunerado. En cambio, la utilización de estabilizadores del estado de ánimo, antipsicóticos típicos, quetiapina y risperidona y el antecedente de intento de suicidio, conducta hostil o abuso de sustancias se asociaron con un riesgo elevado de recaídas.

Discusión

De acuerdo con los resultados, aproximadamente dos tercios de los pacientes lograron la remisión sintomática durante al menos 6 meses. El sexo femenino, la presencia de un funcionamiento social adecuado, la menor duración de la enfermedad y la utilización de olanzapina se asociaron significativamente con el alcance de la remisión. Un cuarto de los pacientes que lograron la remisión recayeron durante el período de seguimiento. La enfermedad de menor duración, la presencia de conductas hostiles y el abuso de sustancias se asociaron con un riesgo elevado de recaídas. En cambio, el funcionamiento social adecuado y el uso de olanzapina en lugar de risperidona, quetiapina y amisulpirida se asociaron con un riesgo menor de recaídas. No se hallaron diferencias entre la olanzapina y la clozapina para las tasas de recaídas.

En comparación con lo informado en otros estudios, se halló un porcentaje más elevado de remisión: 38.2% durante el primer año de estudio y 64.6% durante el seguimiento. Esto podría deberse a la inclusión de pacientes ambulatorios cuya enfermedad posiblemente haya sido más leve en comparación con los incluidos en otros estudios.


El riesgo de recaídas fue estable a lo largo de los 3 años de seguimiento, lo cual indica la necesidad de tratar a los pacientes a largo plazo. La mayor duración de la enfermedad se asoció con un riesgo más bajo de recaídas y también con una menor probabilidad de remisión. De acuerdo con los resultados, la esquizofrenia se asocia con un deterioro progresivo, con una periodicidad de remisión cada vez más baja y con recaídas menos graves y frecuentes. La integración y la participación social serían fuertes predictores de un curso clínico favorable. Además, el funcionamiento social previo se asociaría con un buen funcionamiento posterior y con un resultado favorable a nivel sintomático. Esto se debería al papel protector de las interacciones sociales.

El tratamiento con olanzapina se asoció con una frecuencia elevada de remisión en comparación con la administración de antipsicóticos típicos, amisulpirida, clozapina, quetiapina y risperidona. De acuerdo con lo hallado en estudios previos, la administración de clozapina a los pacientes esquizofrénicos refractarios al tratamiento se asoció sistemáticamente con resultados favorables en comparación con otros antipsicóticos. En cambio, en el presente estudio los pacientes tratados con clozapina presentaron menores probabilidades de alcanzar la remisión en comparación con los que recibieron olanzapina. Esto podría deberse a que la clozapina se utiliza para tratar a los pacientes refractarios al tratamiento, los cuales pueden mejorar pero, en general, no alcanzan la remisión. Además, el riesgo de recaídas para los pacientes tratados con olanzapina y clozapina resultó similar. El uso de ansiolíticos y estabilizadores del estado de ánimo se asoció con una

probabilidad elevada de recaídas y los síntomas ansiosos se relacionaron con un peor pronóstico.

Conclusión

Entre los pacientes esquizofrénicos, la remisión puede ocurrir en cualquier momento, pero la probabilidad disminuye a medida que transcurre el tiempo. El riesgo de recaídas persiste, lo cual indica la necesidad de administrar un tratamiento de mantenimiento a largo plazo. La administración de antipsicóticos típicos, risperidona y quetiapina se asoció con resultados menos favorables en comparación con la administración de olanzapina. No se hallaron diferencias importantes entre la olanzapina y la quetiapina.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat051/07115015.htm

11 - Factores Psicológicos de Riesgo y Protección para la Conducta Antisocial en Adolescentes

Navas Collado E, Graña Gómez J, Muñoz García J

Facultad de Psicología, Universidad Complutense, Madrid; Servicio de Psiquiatría, Hospital Divino Vallés, Burgos, España

[Factores Psicológicos de Riesgo y Protección para la Conducta Antisocial en Adolescentes]

Actas Españolas de Psiquiatría 33(6):366-373, Nov 2005

Evaluación de la influencia de ciertas variables psicológicas que posiblemente determinen el origen y el mantenimiento de las conductas antisociales en la adolescencia.

Los comportamientos antisociales en la infancia conllevan un gran riesgo de abuso de sustancias y delincuencia durante la adolescencia y la adultez. Por lo tanto, las intervenciones destinadas a modificar los factores predictores de las conductas antisociales deben ser efectivas. Así se podrán prevenir los posibles trastornos de comportamiento.

El objetivo del presente estudio fue analizar la influencia de ciertas variables psicológicas sobre las conductas antisociales en la adolescencia.

Pacientes y métodos

Participaron 1 851 adolescentes de 14 a 18 años. El 49.92% era de sexo masculino. Se aplicó un cuestionario que constaba de dos partes. La primera consistía en una encuesta para la evaluación de diferentes variables psicológicas. Se consideró la existencia de trastornos de conducta, la participación en diferentes asociaciones o en actividades deportivas o religiosas.

En la segunda parte se utilizaron las siguientes escalas de evaluación psicológica: Escala de Conducta Antisocial (ASB), Cuestionario de Evaluación del Autoconcepto (AC), Escala de Evaluación de la Depresión (EED), Escala de Búsqueda de Sensaciones para niños y adolescentes (EBS-J) y Escala de Impulsividad, Afán de Aventura y Empatía (IVE-J).

Se evaluaron las siguientes variables. Edad, los individuos fueron clasificados en tres grupos según la etapa de tránsito desde la niñez hacia la adultez: 14 o 15 años, 16 años y 17 o 18 años. La proporción de participantes en cada grupo fue 42.36%, 26.15% y 31.5%, respectivamente. Variables psicológicas, se distinguieron tres categorías: conducta antisocial, determinada según la ASB; autoconcepto y depresión evaluados mediante el AC y la EED; recursos personales y valores ético-morales.

Resultados

Se efectuó un análisis de predicción del ejercicio de conductas antisociales. Se realizaron diversos análisis de

regresión por pasos con las variables pronosticadoras. La variable a predecir fue la conducta antisocial, determinada según la escala ASB, para cada grupo de participantes. Las variables predictoras se relacionaron con las actitudes psicológicas y fueron las siguientes: variables relacionadas con el autoconcepto y la depresión; variables relacionadas con las características de la personalidad; variables relacionadas con recursos personales y valores ético-morales.

Todos los subgrupos de variables psicológicas fueron pronosticadores significativos de la conducta antisocial. Para todos los grupos, los predictores de la conducta antisocial fueron las características de la personalidad en primer lugar; las variables relacionadas con el autoconcepto y la depresión, en segundo lugar y, por último, las variables relacionadas con los recursos personales y los valores ético-morales. La depresión, el autoconcepto y la autoestima, la desinhibición, la sinceridad, la impulsividad, la búsqueda de excitación y la participación en actividades deportivas fueron variables predictoras de un mayor ejercicio de conductas antisociales en la adolescencia.

Discusión

Entre las variables psicológicas que pronosticaron significativamente las conductas antisociales, las características de la personalidad –particularmente la desinhibición– predijeron el mayor riesgo. La búsqueda de excitación también representó un factor de riesgo significativo para la manifestación de conductas antisociales. La sinceridad también fue un factor de riesgo, aunque con poco valor predictivo. Las variables mencionadas se relacionan con la búsqueda de sensaciones. La impulsividad fue un factor de riesgo para todos los grupos etarios. Los jóvenes irreflexivos serían más propensos a exhibir conductas antisociales. En cambio, la empatía sería un factor protector. Las variables relativas al estado de ánimo también fueron predictoras de la participación en conductas descarriadas. La depresión y el autoconcepto-autoestima resultaron ser factores de riesgo significativos. En cambio, el autoconcepto negativo y el positivo serían factores de protección. Los jóvenes con un autoconcepto elevado de sí mismos tuvieron mayores probabilidades de mostrar conductas antisociales. La seguridad ficticia que brinda la autoestima elevada provocaría sentimientos de capacidad para el consumo temprano de drogas o para mantener dicho consumo bajo control en edades más avanzadas. La mayor satisfacción personal sería un predictor de la menor participación en los comportamientos desviados. El autoconcepto negativo también sería una variable protectora, pero de menor importancia en comparación con el autoconcepto positivo. Los jóvenes con un autoconcepto disminuido no se relacionarían con los grupos que participan en conductas antisociales debido a la marginación que sufren por parte de dichos grupos. En cuanto a las variables relacionadas con los recursos personales y los valores ético-morales, el grado de participación en actividades deportivas actuaría como un factor de riesgo. La participación en actividades religiosas, en cambio, tendría un papel protector. Es decir, un sistema de normas y creencias personales adecuado serviría de control interno para no presentar conductas desadaptativas.

Conclusión

En general, existe una tendencia a la disminución del poder predictivo de una determinada variable psicológica a medida que avanza la edad. Según los resultados del presente estudio, es necesaria la incorporación de programas preventivos basados en variables psicológicas en edades precedentes a la aparición de conductas antisociales para fomentar las variables protectoras y mitigar las variables de riesgo. Se debe conferir a los jóvenes recursos psicológicos convenientes en los períodos previos al enfrentamiento con los contextos que favorecen las conductas antisociales.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat048/0660201.htm