

● DETERMINAN LA DURACION DEL TRATAMIENTO EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Göttingen, Alemania.

La evidencia global apunta a que el tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad debe mantenerse en forma prolongada luego de la remisión completa de los síntomas.

European Neuropsychopharmacology (The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology) 12(S3): S159, 2002

Autor:

Bandelow B

Institución/es participante/s en la investigación:

University of Göttingen, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Göttingen, Alemania.

Título original:

[How Long to Treat Anxiety Disorders?]

Título en castellano:

¿Cuánto Debe Durar el Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad?

Introducción

Cada vez se reconoce más que el trastorno de ansiedad es una patología crónica y recurrente. De allí la necesidad de considerar la evolución y el tratamiento a largo plazo.

Aún existe preocupación en relación con el momento oportuno para interrumpir el tratamiento luego de la remisión.

En el artículo, el autor revisa datos de estudios prolongados en pacientes con trastornos de ansiedad -crisis de angustia, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de ansiedad social (TAS), trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y síndrome de estrés posttraumático (SEPT).

Evolución de los trastornos de ansiedad

La edad de inicio varía según la patología. En el TAS, el comienzo suele ser entre los 15 y 16 años mientras que el TOC se inicia durante la adolescencia o en adultos jóvenes. La crisis de angustia se observa inicialmente entre los 23 y los 29 años y el TAG se manifiesta luego de los 25 años. En mujeres y hombres, la incidencia de TAG aumenta considerablemente luego de los 35 y 45 años, respectivamente.

Sin embargo, los estudios han mostrado que la mayoría de los pacientes que consultan por trastorno de ansiedad tienen aproximadamente 36 años. Sólo una minoría tiene más de 50 años en el momento de la primera consulta, lo cual sugiere la posibilidad de remisión espontánea entre la cuarta y la quinta décadas de la vida.

Entre los 20 años y los 50 años, la mayor parte de los enfermos necesita tratamiento crónico, ya que dichos trastornos tienen un curso de recidiva y remisión. Los estudios de seguimiento indicaron que un elevado porcentaje de individuos con trastorno de ansiedad aun recibe tratamiento farmacológico luego de muchos años. A su vez, el índice de recaída es elevado entre los pacientes que interrumpen la terapia.

Estudios controlados a largo plazo

Muchos estudios de este tipo demostraron que la mejoría puede persistir cuando se administran fármacos en forma prolongada.

En la crisis de angustia, tres ensayos evaluaron la eficacia a largo plazo de los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) y de los antidepresivos tricíclicos (ADT). En una investigación a largo plazo, el citalopram y la clomipramina mantuvieron su eficacia al año. En otro trabajo, se administró paroxetina y clomipramina durante 48 semanas, período durante el cual el beneficio se mantuvo constante. En un estudio comparativo de 50 semanas, la fluoxetina y la imipramina se asociaron con un elevado índice de remisión, sin diferencias significativas entre los fármacos. En TAG se comprobó la eficacia de la venlafaxina en dos estudios de 6 meses.

En enfermos con trastorno de ansiedad social se confirmó la eficacia de la sertralina y de la paroxetina. Asimismo, en un estudio de 24 semanas de duración, la moclobemida fue superior al placebo.

Se publicaron varios trabajos controlados de un año de duración, en relación con el tratamiento del TOC. En ellos, la sertralina, la fluoxetina y la clomipramina mostraron la misma eficacia.

Asimismo, en estudios de prevención de recidivas, el índice de recaída fue significativamente inferior en pacientes asignados a sertralina en comparación con placebo.

En todas las investigaciones se confirmó la eficacia a largo plazo de los ISRS, ADT e inhibidores de la captación de serotonina y noradrenalina. La tolerancia a los nuevos antidepresivos fue excelente. Habitualmente, en los estudios a largo plazo se prescriben las mismas dosis que las que se utilizan en la fase aguda de la terapia.

Duración de los beneficios de la terapia cognitiva de comportamiento Las opciones terapéuticas en los trastornos de ansiedad incluyen también las terapias psicológicas. En estudios de comparación, la terapia cognitiva de comportamiento y el tratamiento psicofarmacológico fueron similares en eficacia, aunque en la mayoría de los casos, la combinación fue más eficaz que cualquiera de las modalidades en forma exclusiva.

Se considera que la terapia cognitiva y de comportamiento se asocian con un beneficio persistente a lo largo del tiempo, lo cual podría representar una ventaja en comparación con la terapia farmacológica. No obstante, no hay aval científico suficiente para esta creencia.

Sólo dos estudios pudieron demostrar que la terapia psicológica mantiene la eficacia a lo largo del seguimiento. En cambio, otros trabajos no mostraron esta superioridad en relación con placebo o con el tratamiento farmacológico. La evidencia en conjunto sugiere que la mayoría de los pacientes debe ser tratada en forma prolongada, hasta que el trastorno desaparezca espontáneamente en años posteriores de la vida.

Duración del tratamiento farmacológico

Luego de la remisión de los síntomas muchos enfermos desean interrumpir inmediatamente el tratamiento. Sin embargo, en forma similar a lo que ocurre en la depresión mayor, se recomienda que la terapia se mantenga por meses aun después de la remisión completa.

Aunque no hay evidencia suficiente a partir de estudios controlados a largo plazo, muchos consensos recomendaron que el tratamiento debe mantenerse durante 12 a 24 meses en todos los trastornos de ansiedad.

LOS SINTOMAS PSICOLÓGICOS EN EL ADULTO SE RELACIONAN CON EL PESO EN EL NACIMIENTO Y EN LA INFANCIA

Singapur

El estado de salud psicológica en el adulto se relaciona con el crecimiento fetal y con el crecimiento en los primeros años de la infancia.

British Medical Journal 325:749- 2002 - SIIC

Autores:

Cheung YB, Khoo KS, Karlberg J, Machin D.

Institución/es participante/s en la investigación:

National Cancer Centre, Singapur.

Título original:

[Association between psychological Symptoms in adults and growth in early life: longitudinal follow up study]

Título en castellano:

Asociación entre Síntomas Psicológicos en el Adulto y Crecimiento en Etapas Tempranas de la Vida. Estudio de Seguimiento Longitudinal.

Introducción

Aunque numerosos estudios han demostrado que el crecimiento fetal y post-natal puede afectar el desarrollo y el estado psicológico en los niños, resulta incierto si dicha influencia persiste en la adultez. Un estudio realizado en conscriptos suecos mostró una relación inversa entre el peso al nacer y la susceptibilidad al estrés a la edad de 18 años. Un estudio británico sobre personas nacidas en 1970 mostró que el peso al nacer para la edad gestacional se asoció con el puntaje psicológico pero no con el puntaje somático del Inventario de malestar a la edad de 26 años. En contraste, otro estudio mostró que no existía relación alguna entre peso al nacer y satisfacción en la vida de los adultos jóvenes. Numerosos investigadores han sugerido cierta influencia de la concentración de hormona de crecimiento, del metabolismo y de la presión sanguínea con el crecimiento post-natal. Se evaluó la hipótesis de que el tamaño pequeño y el crecimiento lento en la infancia temprana se asociaría con niveles más elevados de malestar psicológico en los adultos. Para ello se utilizó información de un estudio realizado en Gran Bretaña que realizó el seguimiento de personas nacidas en el año 1958, desde el momento del nacimiento hasta la edad de 42 años.

Materiales y Métodos

Esta investigación se basa en la información del Estudio Nacional sobre Desarrollo en el Niño realizado en Gran Bretaña, un estudio que incluyó aproximadamente 17.000 personas nacidas en Inglaterra, Gales y Escocia en una semana de marzo de 1958. Los registros médicos se obtuvieron al momento del nacimiento y a las edades de 7, 11, 16, 23, 33 y 42 años. La información para esta nueva investigación se obtuvo de estos registros médicos, evaluaciones clínicas y entrevistas individuales. La información obtenida al momento del nacimiento fue: peso al nacer, edad gestacional determinada por la fecha de última menstruación, tabaquismo durante el embarazo, estado civil, nivel social del padre. A los 7 años, se registró el peso corporal y posesión de una vivienda. A las edades de 23, 33 y 42 los participantes respondieron un cuestionario sobre malestar (con 15 puntos sobre síntomas psicológico y 8 sobre síntomas somáticos). Un total de 8 síntomas (entre los somáticos y psicológicos) indica un alto riesgo de morbilidad psiquiátrica. Para el presente estudio, en el que se incluyó un total de 9731 casos que participaron al menos de una de las evaluaciones de seguimiento a los 23, 33 ó 42 años, se tuvo en cuenta la presencia de al menos 5 síntomas psicológicos y 3 síntomas somáticos. También se consideró el retraso en el crecimiento intrauterino y la ganancia de peso durante la infancia.

Resultados

El malestar psicológico se relacionó de manera inversa con el peso al nacer y con la ganancia de peso desde el nacimiento hasta la edad de 7 años. Por su parte, el incremento en el peso de nacimiento o la ganancia de peso durante la infancia se asoció con una reducción del malestar psicológico. En relación al análisis de quienes no participaron del estudio, se pudo observar que los participantes cuyas madres fumaron durante el embarazo, no estaban en pareja, cuyo padre pertenecía a la clase social IV ó V o bien tenían 3 ó más hermanos, tenían una mayor probabilidad de que faltaran sus datos sobre crecimiento. Agregado a ello, aquellos de quienes faltaba información sobre su crecimiento a la edad de 7 años, presentaron niveles más elevados de malestar psicológico y somático.

En relación al modelado del estrés psicossomático, las mujeres mostraron puntajes más elevados de malestar somático y psicológico en todas las edades. Por su parte, los puntajes somáticos, mostraron un incremento regular con la edad. A su vez, los puntajes de la subescala psicológica fueron menores a la edad de 33 que a la de 23, sugiriendo que la transición hacia la adultez sería un estadio relativamente estresante.

A su vez, el incremento en el peso de nacimiento se asoció con una reducción en el puntaje de malestar psicológico promedio.

Cuando se agregó la ganancia de peso en la infancia, la reducción en el puntaje de malestar psicológico promedio se incrementó.

Por otra parte, no se encontró ninguna asociación entre malestar somático, peso al nacer y ganancia de peso.

Dentro de las comparaciones de importancia clínica, la reducción en el puntaje de malestar psicológico promedio entre haber tenido un crecimiento fetal elevado a bajo, resultó ser comparable con pertenecer a clases sociales entre I y IV, entre ser propietario o alquilar, o entre ser no fumador o fumar entre 5-14 cigarrillos diarios durante el embarazo. De manera similar, el posible impacto de la ganancia de peso en la infancia es comparable con la diferencia entre clases sociales I y III o entre ser no fumador o fumar entre 1-5 cigarrillo diarios durante el embarazo.

Discusión

Este estudio acerca de los orígenes tempranos del malestar psicoógico en una cohorte nacida en el año 1958 en Gran Bretaña es única en algunos detalles: se trató de una muestra de importantes proporciones, el seguimiento se realizó hasta los 42 años de edad y se midió el crecimiento de los niños durante la infancia.

A su vez, se realizaron ajustes para evitar el efecto de potenciales variables que confundieran los resultados (clase social del padre y tabaquismo en la madre). Aunque la pérdida en el seguimiento de algunos casos a lo largo de 40 años fue inevitable, cerca de tres quintos de la muestra se encontró disponible para los análisis fundamentales. Esta proporción resultó ser mucho más elevada que en otros estudios con un tiempo de seguimiento más breve. El análisis mostró que la participación de los adultos en el seguimiento no se relacionó con los puntajes de peso al nacer ni con la ganancia de peso post-natal entre aquellos que poseían una información de crecimiento válida. La pérdida de información sobre crecimiento tendió a correlacionarse con desventajas socioeconómicas y antecedentes de mal estado de salud en la madre, así como también con un nivel más elevado de males tar en los adultos. Como tal, la información disponible mostró una tendencia a poner de relieve a los miembros con crecimiento y estado de salud mental relativamente bueno. De esta manera, la magnitud real de los efectos provocados ante el fracaso en el crecimiento podrían ser más fuertes que los estimados en este estudio. Si así fuera el caso, queda por ser verificado con posteriores estudios. Los hallazgos de esta investigación son congruentes con los de un estudio previo de un seguimiento de casos hasta los 26 años de edad, en el que un peso de nacimiento más elevado se asocia con una reducción en el puntaje de la subescala psicológica pero no en la subescala somática del Inventario sobre malestar. En la medida que la subescala psicológica se encuentra estrechamente vinculada con el estrés, el hallazgo se encuentra en línea con la hipótesis de que las personas con un crecimiento deteriorado en edades

tempranas podrían tornarse más susceptibles al estrés, aunque el pequeño tamaño en el nacimiento usualmente se sigue por algún grado de compensación posterior en la etapa post-natal. Los resultados sugieren que el impacto de un menor tamaño en el nacimiento se encuentra compensado en parte por un incremento del peso durante la infancia.

Conclusiones

La asociación entre tamaño al momento del nacimiento y malestar psicológico persiste en la mediana edad. Estudios previos sólo han podido demostrar una relación tal por encima de los 18 ó 26 años. En segundo término, el índice de crecimiento desde el nacimiento hasta los 7 años también se asoció con los resultados psicológicos. En tercer término, el impacto potencial del pequeño tamaño en el nacimiento puede ser compensado en parte por una ganancia de peso más acelerada en la infancia precoz.

Autoevaluación de Lectura

¿Con qué variables se relacionó la falta de datos sobre crecimiento en la niñez, útiles para el seguimiento de malestar psicológico en el adulto?

A. Puntaje de peso al nacer

B. Ganancia de peso en la infancia

C. Desventajas socioeconómicas y antecedentes de enfermedad en la madre

D. Ninguna es correcta

[Respuesta Correcta](#)

PRINCIPALES CAUSAS DE ALUCINACIONES VISUALES EN LA EDAD AVANZADA

Toledo, España.

El profesional debe conocer las principales causas de alucinaciones visuales en ancianos, a fin de poder descartar los cuadros más frecuentes y llegar a una aproximación diagnóstica que le permita seleccionar la alternativa terapéutica más adecuada.

Medicina Clínica (Barcelona) 118 (9): 353-356 2002

Autor:

Herrera Tejedor J.

Institución/es participante/s en la investigación:

Hospital Nuestra Señora del Prado, Toledo, España.

Título original:

[Alucinaciones visuales en el anciano]

Título en castellano:

Alucinaciones Visuales en el Anciano

Introducción

Aunque las enfermedades mentales son las que generan fundamentalmente los síntomas psicóticos en personas de edad avanzada, las causas no psiquiátricas de alucinaciones visuales son numerosas. En condiciones normales pueden aparecer durante o en el momento de conciliar el sueño, o bien al despertar. Otro tipo de alucinaciones bastante frecuentes en este grupo de edad son aquellas que aparecen frente a la viudez. Dentro de las enfermedades neurológicas capaces de producir alucinaciones se deben considerar: la enfermedad de Parkinson, epilepsia, lesiones del lóbulo occipital, alucinosis peduncular, traumatismos craneoencefálicos, infecciones del sistema nervioso central (SNC) y tumores cerebrales. También existen causas oculares como las cataratas, la

degeneración macular, el glaucoma y la neovascularización coroidea. Otras posibles causas son el síndrome de Charles Bonnet, el uso de algunos fármacos, el síndrome de abstinencia o la presencia de delirium. Pero las principales causas de alucinaciones siguen siendo las enfermedades mentales: demencia, esquizofrenia de comienzo tardío y depresión delirante. Otro punto a considerar es la necesidad de distinguir las verdaderas alucinaciones de las pseudoalucinaciones. En el primer caso, se trata de percepciones visuales que ocurren en ausencia del correspondiente estímulo, mientras que en el segundo caso el sujeto reconoce la alucinación como irreal. Conocer las diferentes manifestaciones que presentan las alucinaciones visuales en el anciano permite al profesional establecer en su práctica clínica el diagnóstico diferencial. Una exploración completa, que incluya la valoración del estado mental, agudeza visual y fondo de ojo; una evaluación neurológica exhaustiva que abarque los campos visuales, signos de afectación del tronco encefálico y signos parkinsonianos; pruebas complementarias que evalúen la existencia de anemia, hipoxemia, alteraciones metabólicas, infecciones; pruebas de neuroimágenes, electroencefalograma y dosaje de fármacos, también completarían la aproximación diagnóstica.

Alucinaciones visuales en condiciones normales

En ancianos normales se pueden encontrar alteraciones del sueño.

Los sueños serían alucinaciones visuales que se producen durante la fase de movimientos oculares rápidos (fase REM). También aparecen imágenes hipnagógicas durante el período de conciliación e hipnopómpicas durante el despertar (destellos de luz y color o incluso escenas complejas que se acompañan de sensaciones cinestésicas de caer, moverse o flotar, así como también distorsiones de la imagen corporal). Otro tipo frecuente de alucinaciones en ancianos sanos son las relacionadas con la viudez, en la que la persona tiene la sensación de que el cónyuge continúa presente. En general, se da en matrimonios prolongados y con mayor frecuencia en parejas armoniosas.

Alucinaciones visuales relacionadas con enfermedades neurológicas

Enfermedad de Parkinson

Cualquier antiparkinsoniano puede producir alucinaciones visuales, pero son más frecuentes con dosis altas y por períodos prolongados de L-dopa y en combinación con anticolinérgicos.

Algunos autores consideran que deben existir cofactores que contribuyen con su aparición (deterioro cognitivo, alteraciones del ciclo vigilia-sueño, duración de la enfermedad) o que la enfermedad se asocia con otras variables (gravedad del cuadro, disminución de la agudeza visual, presencia de depresión). En general comienzan como sueños vívidos, pesadillas o terrores nocturnos que se continúan con alucinaciones. Estas consisten en imágenes que aparecen y desaparecen súbitamente y que no resultan amenazadoras. El tratamiento más aceptado en estos casos consiste en adelantar la dosis vespertina de L-dopa, disminuir la medicación o suspenderla. Por su parte, es recomendable evitar el uso de medicación sedante, ya que la enfermedad de por sí provoca hipersomnia diurna que puede facilitar la aparición de las alucinaciones visuales.

Epilepsia

Puede presentarse como alucinaciones visuales típicamente breves, asociadas a otro tipo de alucinaciones, y oscilar desde fopsias hasta formas complejas. El EEG es característicamente anormal. El tratamiento con anticomiciales limita la sintomatología con éxito, pero no deben usarse neurolépticos, ya que éstos al disminuir el umbral epileptógeno favorecen la aparición de crisis epilépticas y alucinaciones. En los casos de epilepsia postraumática, las alucinaciones afectan el campo contralateral a la lesión, se siguen de movimientos de la cabeza en dirección contraria al foco y pueden concluir con crisis tónico-clónicas generalizadas.

Lesiones del lóbulo occipital

Cursan con hemianopsia homónima, y las alucinaciones visuales que no se asocian con otros fenómenos sensoriales desaparecen con movimientos sacádicos de los ojos (a diferencia de las que se producen durante las crisis epilépticas) y al cesar la hemianopsia.

Alucinosis peduncular

Se trata de un cuadro raro caracterizado por la presencia de alucinaciones visuales, alteraciones del sueño y agitación, y que se produce en forma secundaria a lesiones del tronco cerebral o del tálamo. Son pseudoalucinaciones complejas, vívidas, con colores brillantes, no amenazadoras.

Enfermedades oculares

Las alucinaciones se producen en relación con la disminución de la agudeza visual. El hallazgo más frecuente son fopsias simples, pero también pueden ser complejas. Suelen ser pseudoalucinaciones de imágenes grabadas previamente, que ocurren por la noche, cuando la iluminación es tenue y que desaparecen con los ojos cerrados o en completa oscuridad. Con el progreso de la amaurosis, las alucinaciones disminuyen, y la cirugía ocular, cuando es posible, mejora la sintomatología.

Síndrome de Charles Bonnet

Es un cuadro caracterizado por pseudoalucinaciones visuales complejas en ausencia de enfermedades orgánicas cerebrales, y asociado con privación visual, claro estado de conciencia e introspección conservada. Los criterios diagnósticos propuestos no tuvieron aceptación universal y posteriormente se la amplió a cualquier presentación de alucinaciones visuales en ancianos, por lo que algunos autores consideran que ha perdido utilidad clínica. Según la definición previamente expuesta, la entidad es más frecuente de lo que se piensa y su prevalencia aumenta con la edad, pero la detección es escasa porque raramente los pacientes informan de su presencia. Se da con mayor frecuencia en personas del sexo femenino y se asocia con factores predisponentes: edad avanzada, enfermedades oculares, aislamiento social, viudez, alteraciones cerebrales y somnolencia. En general se presenta en personas con gran capacidad de observación, misticismo o simbolismo; es más frecuente cuando existe una disminución bilateral de la agudeza visual y tiende a desaparecer cuando progresa a ceguera. Un estudio reciente sugiere que estos pacientes presentan cambios neuropsicológicos semejantes a los de etapas tempranas de la demencia; incluso algunos autores consideran al síndrome como un primer síntoma de demencia.

El tratamiento más eficaz es la cirugía de la enfermedad ocular, pero también mejora con la disminución del aislamiento y la progresión de la ceguera. No mejora con neurolépticos, y no deben tratarse si las visiones son placenteras o no incapacitan al paciente. También la estimulación sensorial y psicosocial mediante terapia ocupacional mejora la sintomatología.

Alucinaciones visuales relacionadas con el uso de fármacos

Se trata en general de imágenes sin forma, como figuras abstractas o destellos de luz, pero ocasionalmente evolucionan a formas complejas con gente o escenas con colores vívidos. Se ven con más frecuencia con los ojos cerrados o en lugares oscuros (a diferencia del síndrome de Charles Bonnet). Algunas veces se asocian con otro tipo de alucinaciones. Estos cuadros suelen resolverse con el retiro de la medicación. Las alucinaciones táctiles en las que se arrastran insectos por la piel son propias de la intoxicación con cocaína. En el caso del delirium tremens, que se observa al segundo o tercer día de la abstinencia de alcohol, suelen aparecer pequeños animales (ratones) u objetos móviles que provocan temor. El delirium es una de las causas más frecuentes de alucinaciones en ancianos. Primero suelen aparecer como pesadillas y más tarde como alucinaciones francas. Son características las imágenes de animales y la intención de tomar objetos imaginarios en el aire o en la ropa de cama.

Alucinaciones visuales en enfermedades psiquiátricas

En las enfermedades psiquiátricas son más frecuentes las alucinaciones auditivas, aunque las visuales también se presentan. Suelen aparecer en el seno de un sentimiento afectivo intenso o de una preocupación delirante.

Esquizofrenia

Las alucinaciones visuales son excepcionales en la esquizofrenia de comienzo precoz que persiste en la vejez; en cambio, en la de inicio tardío (después de los 45 años) son frecuentes las alucinaciones visuales, cenestésicas u olfatorias asociadas con ideación delirante de tipo persecutorio. Este cuadro es más prevalente en el sexo femenino, sobre personalidades premórbidas paranoides o esquizoideas y suelen responder a dosis

menores de neurolépticos que en las esquizofrenias en ancianos, pero de comienzo prematuro. Las alucinaciones visuales consisten en personas, animales o acontecimientos, y no varían con los ojos abiertos o cerrados. La función cognitiva se mantiene inalterada, y la enfermedad sigue un curso crónico con recurrencias. En contraste, en los casos más tempranos de esquizofrenia tardía (posmenopáusicas) predominan los síntomas negativos sobre los positivos, y es menos frecuente la presencia de alucinaciones.

Depresión delirante

Aparecen alucinaciones visuales relacionadas con ideas delirantes de ruina, culpa o hipocondría; presentan peor pronóstico que la forma no delirante, mayores tasas de recaídas, reinternaciones y mortalidad. El tratamiento con antidepresivos (ATD) puede aumentar los síntomas psicóticos, por lo que se recomienda combinarlos con el uso de neurolépticos; aunque muchos autores consideran que la TEC es el tratamiento de elección.

Demencia

Las alucinaciones visuales suelen presentarse en los estadios avanzados de demencia; también en las fases graves de la demencia de tipo Alzheimer, lo que orienta hacia un peor pronóstico con rápida progresión al deterioro cognitivo. Un rasgo característico del anciano con demencia es la sensación de tener parásitos que corren bajo la piel, y que se muestra muy resistente al tratamiento. Algunos autores señalan como predictores de alucinaciones visuales en el Alzheimer la presencia de marcha parkinsoniana, enlentecimiento del pensamiento, deterioro exagerado de las funciones cognitivas en general y de la memoria semántica en particular. Podrían ser más graves y persistentes si existe deterioro visual. La demencia con cuerpos de Lewy presenta más a menudo síntomas cognitivos y conductuales relacionados con alteraciones visuales, entre las que se destacan las alucinaciones, significativamente más persistentes que en el Alzheimer. En la demencia con cuerpos de Lewy, las alucinaciones son similares a las que se presentan en el Parkinson con demencia o sin ella; esto induce a pensar que en ambos procesos las alucinaciones se asocian con cuerpos de Lewy corticales o con déficit colinérgicos.

COMPARAN EL EFECTO DE LA VENLAFAXINA Y DE LA PAROXETINA EN LA DEPRESIÓN

Pisa, Italia

La venlafaxina de acción prolongada, en dosis de 75 mg por día, es terapéuticamente equivalente a 20 mg diarios de paroxetina, en pacientes con depresión moderada a grave.

European Neuropsychopharmacology (The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology) 12(S3): S208, 2002

Autores:

Casabona GM, Silenzi V y Guazelli M

Institución/es participante/s en la investigación:

University of Pisa, Psychiatry Dept., Pisa, Italia

Título original:

[A Randomized, Double Blind, Comparison of Venlafaxine ER and Paroxetine in Outpatients with Moderate to Severe Major Depression]

Título en castellano:

Estudio Aleatorizado y a Doble Ciego de Comparación del Efecto de la Venlafaxina ER y de la Paroxetina en Pacientes Ambulatorios con Depresión Moderada a Grave

Se realizó un estudio multicéntrico, a doble ciego y aleatorizado para comparar la eficacia y la seguridad de la venlafaxina ER *versus* paroxetina en el tratamiento de la depresión moderada a grave en pacientes ambulatorios.

Se incluyeron pacientes con síntomas de depresión mayor de, por lo menos, dos semanas de duración según criterios del Manual de Enfermedades Mentales IV Edición.

Los enfermos fueron asignados a venlafaxina ER 75 mg por día o paroxetina 20 mg por día por la mañana, durante 8 semanas.

Los cambios en el puntaje en la *Escala de Depresión Montgomery-Asberg (MADRS)* y en la *Escala de Depresión Hamilton (HAM-D)* fueron las variables primarias de evaluación. Las modificaciones en la *Escala de Mejoría Clínica Global (CGI)* y el índice de respuesta a cada fármaco fueron puntos secundarios de análisis. Se definió respuesta al descenso del 50% en el puntaje basal en las escalas mencionadas.

Se incluyeron 114 pacientes, 58 de los cuales fueron asignados a venlafaxina y 56 a paroxetina.

No se registraron diferencias significativas entre los dos grupos en los parámetros primarios; ambos fármacos se asociaron con una eficacia antidepresiva significativa.

Sin embargo, el porcentaje de sujetos que respondió fue significativamente mayor ($p=0.013$) entre los enfermos asignados a venlafaxina en comparación con los que recibieron paroxetina.

El índice de abandono del protocolo por motivos diversos fue comparable en ambos grupos.

El 26% de los pacientes asignados a venlafaxina y el 27% de los que recibieron paroxetina presentaron efectos adversos, más comúnmente náuseas. Ningún fármaco se asoció con cambios importantes de los parámetros vitales.

En conclusión, la venlafaxina ER en dosis de 75 mg diarios fue terapéuticamente equivalente a la paroxetina, en dosis de 20 mg por día, en el tratamiento de pacientes ambulatorios con depresión moderada o grave.

UNA EVALUACION DE LA CONSULTA MEDICA

Manchester, Reino Unido.

El éxito o el fracaso de la relación entre el médico y el paciente dependen, fundamentalmente, de la primera comunicación y de la atención que el médico preste a las señales indirectas que da el paciente.

British Medical Journal 324: 1567-1569, Jun 2002

Autor:

Gask L y Usherwood T

Institución/es participante/s en la investigación:

University of Manchester, Reino Unido

Título original:

[ABC of psychological medicine. The Consultation]

Título en castellano:

El Abecé de la Psicología Médica. La Consulta Médica

Introducción

El éxito de la consulta médica depende de la comunicación entre el médico y el paciente. Existe evidencia firme que relaciona la calidad de dicha comunicación y la evolución clínica.

Los pacientes no están exclusivamente enfermos desde el punto de vista físico o emocional: a menudo existen ambos fenómenos, señalan los autores. Al principio de la consulta usualmente no puede distinguirse la participación de cada uno de estos dos estados.

Los cambios a nivel de la sociedad y en la atención médica ocurridos en la última década se asociaron con modificaciones profundas en relación con las expectativas que los enfermos ponen en sus médicos. A su vez, se ha puesto especial énfasis en la reducción de los factores de riesgo, en función de que los enfermos actúen preventivamente y

eviten situaciones y factores que puedan significar riesgo para la salud. Muchos pacientes quieren más información de la que habitualmente se les proporciona y, en muchas ocasiones, desean participar activamente en la decisión terapéutica, en virtud de las posibilidades de éxito y de la aparición de efectos adversos. En otras oportunidades, en cambio, el paciente no desea intervenir en forma activa y prefiere que sea el médico quien determine la conducta a seguir. Así, el objetivo es establecer el equilibrio para cada caso individual.

Inicio de la entrevista

La investigación mostró la importancia de escuchar al paciente sin interrumpirlo. Los médicos habitualmente interrogan acerca del primer aspecto mencionado por el enfermo pero, en ocasiones, éste no es el principal motivo de consulta. Cuando el profesional interrumpe, el enfermo rara vez introduce nuevos elementos.

Contrariamente, cuando se le permite que hable sin interrupción, la mayoría de los pacientes deja de hablar en alrededor de 60 segundos. En ese momento, el médico puede efectuar las preguntas que considere necesario.

Aun cuando los motivos de consulta sean esencialmente psicológicos o sociales, los enfermos habitualmente refieren síntomas físicos. A su vez, es muy común que brinden "señales" verbales o no verbales, como referencias específicas, cambios en la postura, movimientos oculares y cambios en el tono de voz que reflejan la alteración emocional. Es esencial que se detecten estos "avisos" en el momento en que el paciente los da, de lo contrario se limitará y sólo proporcionará información relacionada con las dolencias físicas.

En forma opuesta, las manifestaciones físicas deben ser adecuadamente evaluadas.

Cuando el enfermo realiza una consulta tiene algunas ideas que pretenden explicar sus molestias. A la vez, experimenta ansiedad y preocupación. Asimismo, es probable que tenga esperanzas y expectativas en relación con el tratamiento y la atención que recibirá. Es importante que no se hagan conjeturas en relación con las creencias del enfermo. Sin embargo, estas últimas pueden representar la base para iniciar un determinado plan de acción.

Las creencias de los enfermos en torno de la salud a menudo tienen un origen familiar y las familias se ven profundamente afectadas por la salud de uno de sus miembros. Por lo tanto, "pensar en sentido de familia" puede ser una forma útil de evitar dificultades y frustraciones en la interacción entre el profesional, el enfermo y su entorno.

Información que se le provee al paciente

El profesional debe tener en mente tres interrogantes principales. En primer lugar debe conocer qué es lo que el paciente verdaderamente sabe acerca de la patología. En segundo lugar debe establecer qué es lo que el sujeto desea saber y, finalmente, qué es lo que necesita saber.

El primer punto pone de relieve la importancia de la construcción del modelo de explicación, agregando información a lo que el paciente de hecho sabe y efectuando las correcciones pertinentes.

Es importante que el médico se solidarice con su preocupación y que le ofrezca sostén emocional.

El manejo óptimo es aquel que tiene en cuenta la evidencia acerca de la mejor terapia disponible. Sin embargo, debe adaptarse a la situación y a las preferencias del enfermo y debe contemplar los aspectos emocionales y sociales. Ambos, el paciente y el médico, deberían elaborar un plan de acción, aunque cada uno podrá tener mayor peso según la naturaleza del problema y las inclinaciones del paciente, añaden. Por lo general no se debe garantizar al paciente el diagnóstico o la evolución de la enfermedad.

Existen tres dificultades emocionales a las que el médico suele tener que enfrentarse. Cuando los pacientes niegan la gravedad del trastorno, el médico no debe obligarlos a enfrentar el problema. Debe conocerse en qué magnitud la negación es un mecanismo de adaptación y cuán preparado está el enfermo para enfrentar la realidad. Cuando el

paciente o sus familiares muestran enojo, se debe evitar la conducta defensiva. Se debe procurar conocer exactamente los sentimientos que se expresan e indagar sus razones. Finalmente, los enfermos suelen sentir temor ante la posibilidad de padecer un trastorno grave.

La motivación es esencial en el tratamiento de un paciente.

Existe múltiple evidencia del resultado satisfactorio de los esfuerzos destinados a que el sujeto reduzca el consumo de alcohol, que deje de fumar y que controle adecuadamente patologías crónicas. Es esencial que el paciente esté motivado para que cambie ciertas actitudes y comportamientos. De hecho, los profesionales deben reconocer su responsabilidad en asegurar e intentar, por todos los medios, que el paciente se sienta suficientemente motivado y contenido para que las medidas sean exitosas.

Conexión entre las emociones y los síntomas físicos

En personas con síntomas físicos atribuibles a distrés psicológico no reconocido pueden ser necesarias estrategias particulares de ayuda. Sin embargo, es crucial que el médico no vaya más rápido que el propio paciente y que no intente imponer la explicación. Es de máxima importancia que el enfermo sienta que es comprendido y que su problema es tenido en cuenta en forma seria y responsable. Nuevamente, el registro de "señales" de distrés emocional que el enfermo brinda es crucial.

También es importante ampliar el espectro de evaluación desde uno que sólo contempla la naturaleza física del trastorno a aquel que considera aspectos físicos y psicológicos.

Distintas técnicas, cada una más adecuada para cada enfermo, pueden ser útiles para establecer el nexo apropiado entre la dolencia física y la participación emocional. A su vez, en distintos momentos, algunos procedimientos pueden ser más útiles que otros. Aunque la simple explicación de la conexión puede ser de ayuda, suele ser insuficiente y, por lo general, el abordaje debe incluir varios pasos escalonados que ayudan a conectar un hecho con el siguiente y así sucesivamente. Por ejemplo, esta modalidad puede ser de beneficio para que el paciente comprenda que la depresión origina un descenso del umbral al dolor lo cual genera la sensación de sentirse aun más enfermo.

Una vez que el paciente y el médico coinciden en que la afección psicológica puede ser un elemento importante en la enfermedad física, pueden comenzar a decidir el mejor esquema de tratamiento. Aun cuando el sujeto tenga una patología física verdaderamente importante es esencial detectar y tratar la morbilidad psicológica concomitante, señalan por último los autores.