

Artículos distinguidos

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 SIIIC 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 - Estudio de Provocación con PET de la Fobia Social Generalizada

Van Ameringen M, Mancini C, Szechtman H y colaboradores

Department of Psychiatry, McMaster University, Hamilton, Canada

Psychiatry Research-Neuroimaging 132(1):13-18, Nov 2004

Los individuos con fobia social generalizada presentan disminución del flujo sanguíneo cerebral en las circunvoluciones lingual derecha y frontal medial derecha.

Los individuos con fobia social (FS) tienen miedo de hacer algo o de mostrar síntomas de ansiedad que podrían provocarles humillación o vergüenza. Estos individuos temen o tratan de evitar una gran variedad de situaciones sociales o de desempeño en las que deben enfrentar personas no familiares o el posible escrutinio de otros. Las situaciones típicamente evitadas incluyen: hablar en público, hablar en reuniones o en pequeños grupos, dar presentaciones, conocer a extraños, concurrir a encuentros sociales, tratar con figuras de autoridad, y comer, escribir o trabajar en presencia de otras personas. La FS se considera generalizada (FSG) si los temores o las conductas evitativas incluyen la mayoría de las situaciones de desempeño social. La mayoría de los individuos con FS que se presentan para tratamiento tienen FSG. Los tratamientos efectivos para la FSG incluyen terapia cognitiva-conductual (TCC) y farmacoterapia. Mientras que los tratamientos farmacológicos actuales de primera línea para la FS tienen como blanco el sistema serotoninérgico, los distintos temores sociales parecen tener diferentes raíces de desarrollo y podrían estar basados en sistemas neurobiológicos diferentes. Estudios funcionales de neuroimágenes utilizaron pruebas de provocación para inducir ansiedad social mediante imágenes o el desempeño social.

Los estudios con imágenes mostraron que los individuos con FS se distinguen de los controles por una mayor actividad cerebral en la corteza insular bilateral, la circunvolución temporal medial derecha, el polo frontal, la corteza orbital frontal lateral, la corteza prefrontal derecha dorsolateral y la corteza parietal izquierda.

La provocación mediante el desempeño público se evaluó en un estudio en que se instó a los sujetos a cantar el alfabeto durante un estudio de tomografía por emisión de positrones (PET) donde se observó un incremento del flujo cerebral en el tálamo, cerebro medio, región prefrontal lateral, cíngulo medio y corteza temporal anterior en pacientes con fobia social. La presentación oral en público en otro estudio incrementó el flujo sanguíneo en la amígdala y lo redujo en las cortezas parietal y visual secundaria. Las investigaciones parecen apuntar a una alteración de la función de estructuras límbicas.

De acuerdo con ciertos modelos teóricos, la gente con FS tiende a verse desde la perspectiva de un observador. Esto se ha equiparado a verse a través de los ojos de un espectador o a observarse a uno mismo en video.

Por ello, los autores realizaron un experimento para profundizar sobre los sistemas neuroanatómicos involucrados en la ansiedad social utilizando una prueba de provocación que ubica al sujeto en

posición de espectador. En la situación de exposición, los participantes observaron un video de sí mismos realizando una exposición oral.

Métodos

Los participantes, con diagnóstico de FSG de al menos 5 años de evolución de acuerdo con el DSM-IV, eran 6 hombres, diestros, de entre 18 y 45 años.

Los participantes completaron una serie de estudios psicométricos. Varias semanas antes de la PET, se realizó un video del sujeto en el que debía hablar de un tema adaptado en forma individual con el objeto de detectar las principales áreas de evitación social y temor del participante.

Para inducir la experiencia subjetiva de FSG durante la PET, se utilizó una prueba de provocación en la que los participantes se observaban hablando en el video en presencia de tres cómplices presentados como "expertos en comunicación" cuyo objetivo era evaluar el video. El papel de estos "expertos" consistía en inducir sentimientos de escrutinio público al dirigir la mirada desde el video hacia el sujeto y viceversa. Para asegurarse de que los sujetos observaran el video, se les pidió que trataran de identificar signos de ansiedad en el orador y en su desempeño al hablar en público.

Como control para la provocación emocional, los participantes observaron un video de una persona socialmente competente hablando en público sobre un tema similar y debían también prestar atención a la ansiedad del orador y a su habilidad para hablar en público, pero no había "expertos" presentes en la habitación durante la PET.

Luego del procedimiento, los sujetos debían clasificar en una escala de 1 a 10 las emociones que experimentaron durante las presentaciones de video, incluyendo ansiedad, temor y vergüenza. Además, indicaron la magnitud de la similitud entre la ansiedad durante la presentación del video y la que solían experimentar en situaciones sociales de su vida. Por último, los sujetos categorizaron signos físicos incluyendo temblor, sudoración, rubor, taquicardia, entre otros, que fueron sumados para crear el puntaje de signos autonómicos para cada sujeto.

Resultados

La situación de exposición resultó efectiva para inducir en los sujetos una respuesta emocional similar a la fobia social. Los participantes categorizaron su desempeño en el video como menos competente y de mayor ansiedad que el de los oradores control. Como era de esperar, los sujetos experimentaron mayor distrés emocional y activación autonómica al observarse a sí mismos hablar en presencia de "expertos en comunicación" en comparación con la observación del video de otras personas sin el escrutinio de observadores. Finalmente, consideraron a la experiencia emocional de la situación de exposición como similar a la de su ansiedad habitual en situaciones de desempeño social.

Con relación a la PET, se observó un menor flujo cerebral durante la situación de exposición en la circunvolución lingual derecha –área de Brodmann (AB)18– y en la circunvolución frontal medial derecha –AB 11– pero no hubo regiones de activación significativa.

Discusión

La desactivación de la corteza visual en individuos con FSG que se observó en este estudio podría parecer desconcertante, pero resultados similares fueron obtenidos en otros ensayos. Uno de ellos demostró reducción de la asociación visual y de la activación parietal durante la presentación oral de pacientes con FS. Una explicación posible de la desactivación de la corteza visual fue planteada por Wik y col. en 1996, quienes encontraron que la ansiedad anticipatoria se asociaba con menor flujo sanguíneo en

la corteza visual de individuos con fobias específicas en comparación con los controles. Ellos sugirieron que esto podría reflejar una atenuación funcional en el procesamiento de la información visual que resultaba emocionalmente adversa para los pacientes. De hecho, se ha demostrado que los estímulos emocionales pueden influenciar el procesamiento visual temprano llevado a cabo en las cortezas de asociación visual mediante retroalimentación moduladora desde la amígdala límbica. La desactivación de la corteza visual en individuos con FS refleja la desviación de la atención lejos de los estímulos provocadores de ansiedad. Esto concuerda con la idea de atención focalizada en sí mismo que surgió de modelos recientes de fobia social. Estos modelos proponen que, cuando los individuos con FS se enfrentan a una situación temida, dirigen su atención lejos del ambiente externo hacia un autorreferente interno. Así, la desactivación visual en los participantes del presente estudio podría reflejar procesos que reducen la experiencia fóbica y conducen a una evaluación introspectiva.

En forma congruente con otros estudios de provocación con PET en sujetos con FSG, los autores observaron desactivación de la corteza orbitofrontal durante la situación de exposición (específicamente, desactivación frontal ventromedial). Se ha sugerido que esta región es responsable de conectar respuestas emocionales a estímulos emocionalmente significativos e interviene en el control voluntario de respuestas emocionales. La desactivación de la corteza ventromedial puede señalar una modulación de estímulos negativos, provocadores de ansiedad en personas con FSG.

Los resultados de este estudio muestran que las personas con FS desvían su atención del ambiente externo y se ven envueltas en pensamientos sobre sí mismas, lo que les impide asignar significado emocional a nuevas experiencias sociales. La terapia podría beneficiarse con medidas que cambien el foco de atención hacia señales externas que contradigan las creencias negativas del individuo con FS.

4 - Instrumentos para Evaluar la Capacidad para Tomar Decisiones: Visión de Conjunto

Vellinga A, Smit JH, Van Leeuwen E y colaboradores

Center for Ethics and Philosophy of Life and Department of Psychiatry, VU University Medical Center, Amsterdam, Países Bajos

[Instruments to Assess Decision-Making Capacity: An Overview]

International Psychogeriatrics 16(4):397-419, Dic 2004

Para evaluar la capacidad de un paciente para tomar decisiones es importante proporcionarle información relevante.

La competencia es un concepto complejo con connotaciones éticas, sociales, legales, y psicológicas. La competencia se evalúa en muchas disciplinas, como la psiquiatría, la psicogeriatría, la ética, y el derecho. Este artículo trata sólo las cuestiones de la competencia que conciernen al consentimiento de los pacientes a ser tratados y el consentimiento a ser participantes de investigaciones científicas. Los médicos encuentran dificultad en la evaluación de la capacidad para tomar decisiones de los pacientes añosos y de los pacientes psiquiátricos. El objetivo de este trabajo es categorizar los instrumentos existentes. Se seleccionaron artículos que contenían informes de distintos instrumentos a través de búsquedas en Medline. El criterio principal de selección fue la descripción de un método que evalúe la competencia del paciente para dar su consentimiento para recibir tratamiento o para participar en un trabajo de investigación.

La competencia fue definida como la capacidad de tomar decisiones de acuerdo con los instrumentos y sólo será utilizada en

sus aspectos legales o éticos. Los instrumentos fueron desarrollados en dos contextos: psiquiatría y psicogeriatría.

La capacidad para tomar decisiones es específica de una decisión particular. Esto está expresado en instrumentos centrados en una decisión específica. Se reconocen tres diferentes tipos de decisiones: la competencia para dar el consentimiento para decisiones terapéuticas; la competencia para dar consentimiento para participar en una investigación, y la competencia para dar instrucciones anticipadas.

En la psiquiatría es importante la competencia para dar consentimiento para un tratamiento. Algunos instrumentos se centran en la decisión de realizar terapia electroconvulsiva o en pacientes con diagnóstico de psicosis, esquizofrenia o depresión mayor.

La mayoría de los instrumentos se centran en la competencia para dar consentimiento para participar en trabajos de investigación, mientras que otros evalúan la capacidad de tomar decisiones para permitir la implementación de algún tratamiento o para escribir instrucciones anticipadas. Las personas añosas son percibidas como vulnerables en términos de competencia, especialmente los pacientes que se encuentran en geriátricos u hospitalizados. Existe especial atención puesta en aquellos con depresión mayor, con enfermedad de Parkinson y deterioro cognitivo, con enfermedad de Alzheimer y demencia.

Información al paciente

El consentimiento informado requiere que al paciente le sea proporcionada la suficiente información acerca del tratamiento antes de que su consentimiento pueda ser considerado válido. Para poder cumplir con esto se debe incluir información acerca de la naturaleza y el propósito del tratamiento o de la investigación, los riesgos y beneficios, y tratamientos alternativos.

Los instrumentos utilizados en psiquiatría proporcionan información especialmente en las decisiones objetivas. La información es entregada de modo semiestructurado, lo que posibilita la evaluación de la situación específica. Se presume que la información es provista por la práctica cotidiana. Por ejemplo, el MacCAT-T es un formulario que guía a los médicos y a los pacientes en el proceso de informar al paciente y en la evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones. También se utilizan otros métodos en los cuales se evalúa la relación entre la información provista al paciente y la manera en que el paciente usa y relaciona esa información.

La información en psicogeriatría generalmente se centraliza en decisiones hipotéticas develadas en forma estandarizada. Se utilizan "viñetas", éstas proporcionan una descripción hipotética de una situación, incluyendo elementos como la naturaleza de la enfermedad, el tratamiento recomendado y sus riesgos y beneficios. Las viñetas son presentadas a los pacientes en un papel y leídas en voz alta por el examinador, se utilizan para evaluar la capacidad para tomar decisiones para dar consentimiento de un tratamiento, participar en un estudio de investigación o escribir instrucciones anticipadas.

El efecto de proporcionar información objetiva o hipotética en la evaluación de la capacidad para la toma de decisiones no está claro. Un estudio consideró los efectos de presentar la información objetivamente e hipotéticamente. Se evaluaron pacientes con esquizofrenia, depresión, cardiopatía isquémica y trombosis venosa profunda. Los pacientes comprendieron más la información relacionada con su enfermedad que la información hipotética. En psiquiatría se prefiere proporcionar información objetiva al paciente.

Criterios para evaluar la capacidad para tomar decisiones

Luego de que la información es suministrada, la capacidad para tomar decisiones se evalúa por diferentes preguntas que representan distintos criterios derivados de un concepto legal de competencia. Se ha establecido un consenso acerca de los siguientes criterios: la habilidad de hacer evidente la elección; habilidad de hacer una elección razonable; habilidad para entender la información; habilidad para manejar racionalmente la información, y habilidad de apreciar la situación y sus consecuencias.

Esto significa que un paciente acepta o se niega a recibir un

tratamiento o a participar en una investigación. Está centrado en la presencia o ausencia de una decisión. Este criterio requiere las más bajas demandas con respecto a las habilidades del paciente.

Este criterio enfatiza más el resultado de la decisión que la manera en que se llegó a esa decisión. La habilidad para realizar una elección razonable fue muy criticada ya que este criterio puede ser un factor para suprimir la autonomía del paciente. La elección razonable se define como un nivel bajo de voluntad para participar en una investigación con un alto índice riesgo-beneficio. Un estudio define a la elección razonable como el resultado entre la congruencia entre decisiones realizadas por los pacientes y decisiones tomadas por "gente razonable".

La habilidad de entender requiere que los individuos comprendan la información relevante. Esta es: el tratamiento propuesto, los riesgos y beneficios, y las posibilidades de tratamiento alternativo. En psiquiatría además es necesario que el paciente entienda la razón o la causa de su ingreso en un hospital psiquiátrico o la comprensión del paciente del derecho a decidir.

El entendimiento de los hechos está muy comprometido en los pacientes psiquiátricos, por ejemplo, en los pacientes esquizofrénicos. Los pacientes añosos muestran un entendimiento significativamente menor que los pacientes jóvenes. Los pacientes añosos hospitalizados, los que tienen deterioro cognitivo leve, aquellos con enfermedad de Alzheimer leve a moderada, y los que padecen enfermedad de Parkinson demostraron tener un entendimiento pobre. El entendimiento no sólo depende de las habilidades del paciente sino también de la cantidad de información suministrada por los médicos. Los pacientes psiquiátricos reciben menos información que otro tipo de pacientes.

Esto implica utilizar procesos lógicos para comparar los riesgos y beneficios de las diversas opciones de tratamiento. En psiquiatría, el manejo racional de la información está relacionado con el bienestar personal, el deseo de recuperación y la esperanza por recuperarse. En psicogeriatría, el manejo racional de la información es la capacidad de usar procesos lógicos para comparar riesgos y beneficios de las opciones terapéuticas y evaluar esta información para arribar a una decisión.

La apreciación enfatiza la consideración de los hechos relevantes para la situación del individuo; requiere tener autoconciencia. La apreciación en psiquiatría se centra en determinar si el paciente reconoce que la información es aplicable a su persona y que el tratamiento es beneficioso. Otros elementos a tener en cuenta son: conciencia de enfermedad, necesidad de tratamiento y el lugar que ocupa el médico. En psicogeriatría, en tanto, es la capacidad de evaluar las consecuencias emocionales y cognitivas de la elección del tratamiento. Enfatiza la conciencia del paciente acerca de las consecuencias de la elección de un tratamiento, su impacto emocional, los requerimientos racionales y las consecuencias.

Determinar la competencia

La discusión de si trabajar la competencia como un punto inicial o un modelo gradual refleja la diferencia entre la capacidad para tomar decisiones y la competencia. Mientras que la capacidad para tomar decisiones está determinada por diferencias de matices (modelo gradual), la competencia está presente o no lo está (punto inicial). Aunque un modelo gradual puede ser más coherente con la práctica clínica, un juicio definitivo sobre la competencia es frecuentemente requerido en una situación en particular.

Validez y confiabilidad

Se discutieron diferentes formas de validez para determinar la capacidad para tomar decisiones: la validez aparente, la validez del constructo y la validez del contenido. La validez aparente está demostrada por la atención centrada en instrumentos sobre la elección del tratamiento. Las funciones estimadas se deberían relacionar estrechamente con criterios de competencia. En la medicina, la sensibilidad y la especificidad caracterizan una dimensión extra de la validez. Determinar estos aspectos de la competencia es difícil, porque no hay un criterio definido, pero valerse de la opinión de los expertos (psiquiatras experimentados o psiquiatras forenses) es una manera de encarar este asunto. Sobre la base de la sensibilidad y la especificidad, un test específico determina la competencia mejor que los test mentales de pesquisa. La

confiabilidad está expresada en la confiabilidad del evaluador y en la confiabilidad del *test-retest*. Se encontró una confiabilidad moderada en los *test-retest* en los pacientes con enfermedad mental, que podrían ser explicados por cambios en la condición psiquiátrica del paciente. Estos hallazgos avalan la idea de que la competencia está influida por las habilidades cognitivas, pero es sensible a los cambios en el estado mental del individuo. Para tener una aplicación práctica un instrumento debería ser de fácil aplicación y no muy extenso.

Conclusión

El valor clínico de un instrumento está en gran medida determinado por su validez, que depende de la relación entre el concepto y las características de un instrumento de medición. La cuestión de la competencia aparece en diferentes situaciones y se refleja en la posición central de las decisiones en los instrumentos.

Los autores consideran que este análisis muestra que los instrumentos son aplicados en poblaciones específicas de pacientes. Aunque se nombra de la misma manera la "competencia" en psiquiatría como en psicogeriatría, hay varias diferencias importantes. Las diferencias existen en la manera de proporcionar la información y en los criterios de definición utilizados. Todos los estudios consideraron la importancia de proveer información relevante antes de evaluar la competencia o la capacidad de los individuos para tomar decisiones. Los efectos de suministrar información hipotética o real en la evaluación de la capacidad para tomar decisiones no se conocen. La competencia en una situación no implica competencia en otra situación. Las situaciones hipotéticas son similares a la clínica real del paciente y proveen un nivel de conciencia dentro de la habilidad del paciente para tomar decisiones clínicas.

La toma de decisiones es percibida como un proceso, la estructura lógica interna de las razones es más importante que la lógica de las razones. Quizá los modelos de competencia enfatizan por demás el lado cognitivo, pero la emoción juega un papel en la toma de decisiones. La teoría moderna de las emociones las visualiza conteniendo valores y metas básicos, que son importantes en la toma de decisiones de manera competente. Las emociones pueden hacer una diferencia en la estimación de la competencia en las situaciones hipotéticas y en las reales. Los instrumentos no pueden reemplazar el juicio del médico, sólo pueden suministrar una aproximación de la capacidad para tomar decisiones. Las investigaciones futuras deberían centrarse en aumentar la validación de esos instrumentos. La capacidad para tomar decisiones sólo puede ser determinada luego de que el paciente fue provisto de información relevante. La educación puede incrementar la capacidad para tomar decisiones.

5 - Abuso Infantil como Factor de Riesgo para Experiencias Psíquicas



Janssen I, Krabbendam J, Bak M y colaboradores

Department of Psychiatry and Neuropsychology, Maastricht University, Maastricht, Países Bajos

[Childhood Abuse as a Risk Factor for Psychotic Experiences]

Acta Psychiatrica Scandinavica 109(1):38-45, Ene 2004

El abuso infantil incrementa el riesgo de presentar síntomas psicóticos positivos en la adultez.

Varias líneas de investigación sugieren asociación entre el trauma y la psicosis. En primer lugar, varios estudios demostraron alta incidencia de trauma en la vida de pacientes con psicosis. Los síntomas positivos de esquizofrenia se relacionan con una historia de trauma en la niñez. Los pacientes que fueron abusados están

predispuestos a experimentar síntomas positivos, como alucinaciones, ideación paranoide, inserción de pensamientos, alucinaciones visuales, ideas de leer la mente de otra persona, ideas referenciales y audición de voces. En un estudio reciente, el abuso infantil predijo alucinaciones, aun en ausencia de abuso durante la edad adulta.

En segundo lugar, en pacientes con otros diagnósticos, los antecedentes de abuso infantil parecen presentarse en forma concurrente con alucinaciones auditivas y delirio. El abuso sexual durante la niñez tiene influencia en el perfil de síntomas posteriores de pacientes con trastorno afectivo bipolar, lo que incrementa su vulnerabilidad a experimentar alucinaciones. Los individuos con estrés postraumático manifiestan niveles aumentados de síntomas psicóticos positivos. El trastorno de identidad disociada, que parece producirse a consecuencia de un abuso grave durante la infancia, puede presentarse con un elevado número de síntomas, en particular en forma de alucinaciones visuales.

En tercer término, el abuso sexual infantil es el predictor más importante de síntomas psiquiátricos posteriores. Un estudio en pacientes adultos ambulatorios demostró que el abuso infantil incrementa el riesgo de suicidio más que la depresión. A mayor gravedad de abuso, mayor es la probabilidad de trastorno psiquiátrico en la adultez.

La experiencia de abuso puede crear vulnerabilidad biológica o psicológica para la manifestación de síntomas psicóticos, incluyendo experiencias psicóticas subclínicas como ideación delirante de bajo grado y alucinaciones auditivas aisladas. En la población general, el abuso sexual infantil se relaciona con esquizotipia, incluyendo aberraciones en la percepción que son 10 veces más frecuentes en adultos que fueron maltratados cuando eran chicos. Los autores realizaron un estudio para evaluar la hipótesis de sostiene que los individuos con antecedente de abuso durante su niñez presentan riesgo aumentado de desarrollar síntomas psicóticos positivos.

Materiales y métodos

El estudio Nemesi —encuesta sobre la salud mental en Holanda— es un estudio prospectivo sobre la incidencia de enfermedad mental. Las personas fueron entrevistadas en 1996 (inicio), 1997 (año 1 [T1]) y 1999 (año 3 [T2]). Nemesi se basa en un procedimiento al azar, participaron 90 municipios, una muestra de hogares dentro de cada municipio y miembros de cada hogar.

Los 7 076 participantes tenían entre 18 y 64 años; de las entrevistas se obtuvo un índice de respuesta de 69.7%.

Los participantes fueron entrevistados personalmente en sus hogares utilizando la *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) versión 1.1, que es una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud sobre la base de la *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) y del *Present State Examination* (PSE). Fue diseñada para ser utilizada por entrevistadores entrenados y el programa de computación asociado provee diagnósticos del DSM-III-R. La sección de psicosis de la CIDI (sección G) consiste en 17 ítem sobre psicosis concernientes a delirios (13 ítem) y alucinaciones (4 ítem). Cada ítem se clasifica en una escala de 1 a 6: 1, sin síntomas; 2, síntoma psicótico presente pero no relevante (no le molesta y no requiere ayuda por dicho síntoma); 3, síntoma psicótico como resultado del uso de drogas; 4, síntoma resultante de enfermedad somática; 5, síntoma psicótico verdadero y 6, duda del entrevistador por la existencia de una explicación para lo que parece ser un síntoma psicótico.

Como la psicosis parece variar en forma continua en muestras de la población general y las experiencias psicóticas no siempre se asocian con necesidad de tratamiento, los resultados de la psicosis en T2 se especificaron en 3 niveles, 2 que involucraban la gravedad de los síntomas positivos de psicosis y uno que utilizaba la apreciación clínica adicional sobre la necesidad de tratamiento.

En T2 se evaluaron dos ítem de la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) sobre “contenido inusual del pensamiento” y “alucinaciones” por un clínico que realizó una entrevista telefónica a los participantes con un puntaje de 2, 5 o 6 o con cualquiera de los ítem de psicosis de la CIDI. El índice de entrevista clínica fue de 74% (163 de 220 individuos). Los puntajes para cada síntoma de la BPRS desde 1 —ausente— hasta 7 —muy grave—

se basaban en la frecuencia de los síntomas y en el deterioro funcional asociado. Los puntajes de 2 a 3 indican intensidades no patológicas de síntomas y de 4 a 7 indican intensidad patológica de síntomas. Los síntomas de la BPRS de “contenido inusual de pensamiento” o “alucinaciones” se utilizaron de dos formas: con puntaje > 1 (BPRS cualquier psicosis) y > 3 (BPRS psicosis patológica). La ideación delirante fue definida como un valor de BPRS de “contenido inusual de pensamiento” > 1, y la presencia de alucinaciones como un valor de la BPRS de “alucinaciones” > 1.

La gravedad y el deterioro funcional se definieron como un puntaje de nivel patológico en los ítem de la BPRS de “contenido inusual del pensamiento”, “alucinaciones” o ambos. La necesidad de tratamiento se definió en una reunión de consenso con 2 psicólogos y 2 psiquiatras. Los pacientes con nivel patológico de BPRS y consenso clínico fueron definidos como casos para tratamiento.

Los participantes respondieron una encuesta sobre abuso emocional, físico, psicológico o sexual experimentado antes de los 16 años y sobre la frecuencia de dicho abuso.

Resultados

La edad media de la muestra fue de 41.4 años y 52.7% eran mujeres.

Del total, 10.5% informaron abuso infantil y 61.5% de éstos eran mujeres. El abuso infantil se asoció en forma significativa con BPRS cualquier psicosis, con BPRS psicosis patológica y con la necesidad de tratamiento. Los análisis de gravedad del abuso revelaron una relación entre dosis y respuesta para los 3 resultados de psicosis, indicando que el riesgo de desarrollar psicosis se incrementaba con la mayor frecuencia de abuso infantil. En resumen, el abuso infantil predijo el desarrollo de síntomas psicóticos positivos asociados con la necesidad de tratamiento.

Discusión

Los resultados de este estudio sugieren que el abuso infantil predice síntomas psicóticos en la adultez de tipo dosis-respuesta.

Cabe preguntarse qué mecanismo explica la asociación entre el abuso en la niñez y la presencia de psicosis. De acuerdo con recientes modelos cognitivos de psicosis, las experiencias adversas tempranas como la marginación social, las pérdidas o el trauma infantil grave pueden crear una vulnerabilidad cognitiva caracterizada por modelos esquemáticos negativos de uno mismo y del mundo (por ejemplo creencias sobre la propia vulnerabilidad a las amenazas o sobre la peligrosidad de otros) que facilitan atribuciones externas. Esta tendencia a atribuir eventos externamente puede subyacer a la ideación paranoide. La experiencia infantil de adversidad social conduce al desarrollo de esquemas negativos que involucran humillación social y subordinación, lo que puede conducir a paranoia y a escuchar voces.

Los eventos de vida adversos o las pérdidas significativas pueden determinar anomalías del desarrollo neural que conducen a una mayor sensibilidad a factores estresantes, si se producen temprano o son suficientemente graves. Entonces, los procesos anormales del desarrollo neural pueden originarse de eventos traumáticos en la niñez. Específicamente, cuando la exposición a factores estresantes persiste y la liberación de glucocorticoides inducida por estrés se torna crónica pueden presentarse cambios permanentes en el eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal. Los eventos traumáticos en la niñez pueden de este modo causar una desregulación permanente de dicho eje neuroendocrino, lo que puede explicar las anomalías dopaminérgicas que se cree están involucradas en la psicosis.

Las personas con trastorno de personalidad esquizotípico, como parte del espectro de la esquizofrenia, también presentan niveles elevados de cortisol, lo que sugiere que el aumento de la liberación de cortisol se asocia con vulnerabilidad a la esquizofrenia en vez de ser una mera consecuencia de los síntomas psicóticos.

La asociación con abuso temprano no es específica de la psicosis; se presenta en varias situaciones, como en los trastornos de personalidad, ansiedad y depresión. La importancia de la identificación de pacientes con historia de abuso es importante para el diagnóstico preciso, para el tratamiento y para la intervención efectiva en patrones interpersonales inadaptados.

6 - Aspectos Diagnósticos y Terapéuticos del Trastorno Bipolar de Inicio en la Niñez



Ahn MS y Frazier JA

Harvard Medical School, Boston, EE.UU.

[*Diagnostic and Treatment Issues in Childhood-Onset Bipolar Disorder*]

Directions in Psychiatry 24(1):1-18, 2004

Cada vez se presta mayor atención al trastorno bipolar en la niñez debido a las consecuencias terapéuticas y pronósticas.

Desde hace poco tiempo se acepta que el trastorno bipolar (TB) puede comenzar en la niñez o en la adolescencia. En un estudio epidemiológico realizado recientemente se constató, en adolescentes, una prevalencia de TB subumbral del 6% y de patología franca del 1%, similares a la que se observa en poblaciones adultas. Sin embargo, el trastorno sigue sin ser correctamente diagnosticado en la niñez. Las características del TB en niños y adolescentes difieren de las descritas en adultos. Los niños con la enfermedad clásicamente tienen irritabilidad crónica pero carecen de episodios bipolares obvios. Asimismo, la presencia de otras patologías psiquiátricas a menudo complica el diagnóstico preciso.

Presentación clínica

Los preadolescentes con depresión tienen 31.7% de riesgo de presentar TB posteriormente. Esta cifra es superior a la que se registra en adolescentes con depresión (20%) y en adultos (5% a 18%) con depresión mayor. El antecedente familiar; el retardo psicomotor y ciertos hallazgos psicóticos son algunos de los factores que predicen la patología en jóvenes con depresión.

Fenomenología

En una muestra de pacientes jóvenes con trastorno bipolar, el 44% presentó inicialmente síntomas depresivos; el 19%, manifestaciones maniáticas, y el 37% tuvo síntomas mixtos. El TB en niños tiende a ser más continuo y menos episódico que en adultos. Los adolescentes y adultos tienen cuadros más eufóricos. La relación hombre:mujer en adultos y adolescentes es de 1:1. En cambio, en la patología de inicio en la niñez, esta relación es 3.9:1, probablemente porque los varones son más proclives a expresar externamente los síntomas. Asimismo, los niños con más frecuencia tienen síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD).

Psicosis

La incidencia de sintomatología psicótica en niños con TB es más alta que en adultos; esto hace que en muchos casos se realice el diagnóstico incorrecto de esquizofrenia.

El TB tiene un curso relativamente crónico y puede asociarse con alteración sustancial del funcionamiento social. La evolución suele ser más desfavorable que la que se observa en adultos. Se registra un elevado índice de suicidio y de abuso de sustancias. Sin embargo, el deterioro es menor que el ocasionado por la esquizofrenia y suele preservarse el rendimiento escolar. En pacientes con TB de inicio en la niñez se refirió un índice de recuperación a los 6 meses de sólo 37.1%; asimismo, el índice de recaída fue del 38.3%. La familia biológicamente intacta parece esencial para garantizar una mejor evolución. En cambio, no se observaron diferencias en la evolución en relación con el tratamiento con estabilizantes del estado de ánimo, fenómeno que refleja la gravedad de la enfermedad.

TB de inicio en la niñez y TB II

La prevalencia de TB II (predominio de depresión con algunos períodos de hipomanía) aún no se estableció con precisión, probablemente porque los pacientes con estos síntomas no están tan comprometidos y por lo tanto no solicitan asistencia

profesional. Podría ser un prodromo del TB de inicio en la niñez, más que una entidad separada. También podrían existir diferencias en la edad de inicio del TB II, respecto del TB I, en las poblaciones más jóvenes. Por ejemplo, en un estudio epidemiológico se observaron índices más altos de TB II en adolescentes de más edad y adultos.

TB subclínico. Patologías asociadas

Una gran cantidad de niños tienen síntomas maniacos –irritabilidad y grandiosidad– sin reunir criterios de TB. Aun así, tienen un elevado nivel de compromiso psicológico y social. En 2000, el *National Institute of Mental Health* estableció que el TB subclínico podría representar un fenotipo diagnóstico separado del TB I o del TB II. Es excepcional que los niños con TB no tengan otro trastorno psiquiátrico. La presencia de otras alteraciones afecta sustancialmente el pronóstico; el abordaje de estos enfermos es complejo ya que el diagnóstico preciso suele complicarse.

Uno de los puntos más controvertidos tiene que ver con establecer si los niños con TB tienen además ADHD. Un estudio mostró que el 91% de los jóvenes con TB tenía ADHD simultáneamente mientras que sólo 19% de estos últimos tenían también TB. Los enfermos con ADHD que posteriormente presentaron TB tuvieron una forma más grave de ADHD desde el inicio, con coeficientes intelectuales más bajos. Los síntomas de grandiosidad y euforia distinguen a jóvenes con TB de aquellos con ADHD. Una investigación en 43 pacientes encontró que el 76.5% de los jóvenes con TB tenía trastornos de ansiedad y una elevada incidencia de manía o hipomanía inducidas por el tratamiento psicofarmacológico, esencialmente antidepressivos. La patología más comúnmente asociada con TB fue el trastorno de angustia.

Varios grupos encontraron que entre 40% y 70% de los niños con manía tienen simultáneamente trastornos de conducta, probablemente porque el TB de inicio en la niñez se asocia con elevado nivel de irritabilidad, impulsividad y agresión. Sin embargo, ambas alteraciones son independientes.

Genética

La investigación genética comienza a dar los primeros resultados interesantes. Varios trabajos sugieren heterogeneidad genética aunque las muestras pequeñas analizadas y las diferencias fenotípicas complican la interpretación de los resultados. Por ahora permanece sin respuesta el interrogante acerca del TB de inicio en la niñez como entidad separada, como subgrupo fenotípico o como una fase de evolución hacia el TB del adulto. Por su parte, el TB y el ADHD tienden a existir simultáneamente en las mismas familias. El TB del niño tiene lugar más en familias que el de aparición en la adolescencia. Parecería existir un componente hereditario más fuerte en el TB de comienzo en las primeras etapas de la vida.

Estudios de imágenes

Los trabajos al respecto sugieren etiología neurobiológica. Los estudios de imágenes no encontraron diferencias entre pacientes con TB y esquizofrenia ni entre grupos individuales de pacientes y controles. Sin embargo, cuando los enfermos se analizaron combinadamente *versus* normales se registró una reducción significativa del volumen intracraneal y un incremento del tamaño de las cisuras temporal y frontal. Los estudios con resonancia magnética nuclear involucran en conjunto al tálamo y al sistema límbico en la fisiopatología del TB de inicio en la niñez.

Estudios de tratamiento

Litio. Un único estudio a doble ciego y controlado con placebo mostró que el litio es beneficioso en el TB de la juventud aunque no se asoció con diferencias significativas en dominios relacionados con el estado de ánimo.

Anticonvulsivos. Dadas las manifestaciones clínicas del TB en estos enfermos es razonable asumir que ciertos anticonvulsivos, entre ellos divalproex y carbamazepina, podrían ser más eficaces que el litio. La combinación de litio con valproato se acompañó de remisión en 47% de los pacientes. En un trabajo abierto, el índice de respuesta asociado con divalproex, litio y carbamazepina fue de 53%, 38% y 38%, respectivamente.

Antipsicóticos. La risperidona y la olanzapina se asocian con mejoría sustancial de los síntomas. Asimismo, la clozapina podría ser útil en el tratamiento de pacientes que no responden a otras formas de terapia. El uso combinado de quetiapina más divalproex es más eficaz que la monoterapia durante la fase maníaca. Sin embargo, algunos grupos sostienen que los estabilizantes del estado de ánimo aisladamente pueden ser eficaces.

Conclusiones.

El elevado nivel de morbilidad, suicidio y homicidio asociado con la patología pone de relieve su importancia desde el punto de vista de la salud pública. Es necesario que los profesionales comprendan que el TB en niños no se presenta con las mismas manifestaciones que en adultos; que puede confundirse con otras alteraciones psiquiátricas y que es muy frecuente que existan simultáneamente otros trastornos. En general, el TB de inicio en la niñez se asocia con un pronóstico más desfavorable que el de la edad adulta, concluyen los autores.

7 - Tamizaje de Consumo de Alcohol e Intervenciones Breves en el Contexto de la Medicina Primaria

Barry KL, Blow FC, Willenbring M y colaboradores

Dep. of Veterans Affairs National Serious Mental Illness Treatment Research and Evaluation Center; U. of Michigan Dep. of Psychiatry, Michigan, EE.UU.

[Use of Alcohol Screening and Brief Interventions in Primary Care Settings]

Substance Abuse 25(1):27-36, Mar 2004

El tamizaje de consumo de alcohol y las intervenciones breves son eficaces en medicina primaria.

Se considera que las intervenciones destinadas a modificar los comportamientos no saludables mejoran considerablemente la salud general y los costos sanitarios. Ciertos hábitos relacionados con la salud, tales como el consumo de alcohol, tabaquismo y actividad física, han recibido enorme atención en los últimos años como blancos posibles de intervención. Una de las prioridades de las guías de la *Healthy People 2000* fue incrementar la proporción de servicios de atención primaria que rastrear problemas de abuso de alcohol y sustancias. Sin embargo, este punto representa un importante desafío en el contexto de la medicina práctica actual. En consecuencia, es crucial crear herramientas que permitan optimizar el abordaje individual de cada enfermo y su patrón de salud.

Numerosos trabajos controlados y aleatorizados mostraron que el tamizaje y las intervenciones breves para consumo importante de alcohol, en el ámbito de la medicina primaria, son muy eficaces. Estas herramientas permiten identificar desde personas en riesgo de beber hasta aquellas con dependencia alcohólica. El objetivo puede variarse según el nivel de consumo, la presencia de problemas relacionados con el alcohol y el antecedente de trastornos específicos. En pacientes que no reúnen criterios de abuso o dependencia sólo pueden aplicarse medidas preventivas, mientras que en enfermos con trastornos por abuso de alcohol serán necesarias intervenciones particulares para garantizar la consulta al especialista.

La prevalencia estimada de trastornos relacionados con el consumo de alcohol, en el ámbito de la medicina primaria, oscila entre el 18% y el 28%; los veteranos de guerra tal vez representen una población particularmente susceptible.

Se ha propuesto que el rastreo sistemático de los enfermos con cuestionarios especiales es una de las posibles estrategias para incrementar el reconocimiento y las posibilidades de tratamiento de los problemas por alcohol, en medicina primaria. El cese del

hábito de beber se asocia con reducción sustancial de la morbilidad y mortalidad así como con disminuciones notables de los gastos sanitarios. El objetivo de las intervenciones breves es incrementar la duración y la calidad de vida de los enfermos, descender la frecuencia de las patologías crónicas relacionadas con el consumo de alcohol y reducir la utilización de los recursos de salud. Sin embargo, añaden los expertos, la implementación de tales medidas no siempre es sencilla. Por ende, existe cada vez más interés en determinar cuáles son los mejores métodos para alcanzar dichos objetivos. Por ser uno de los mayores sistemas de salud de los Estados Unidos y por incluir una población particular de riesgo, la *Veterans Health Administration* (VHA) ofrece la excelente oportunidad de evaluar herramientas de tamizaje y medidas de intervención. Además, permite identificar obstáculos para su implementación.

El objetivo de este estudio fue determinar las prácticas actuales en términos de tamizaje e intervenciones breves para consumidores fuertes de alcohol en medicina primaria para su posterior implementación en servicios de la VHA.

Métodos

El estudio estuvo dirigido por dos grupos estructurados de trabajo. El primero resultó integrado por 7 profesionales que participaron en numerosas clínicas de sus respectivas regiones geográficas. El segundo estuvo formado por cuatro médicos de asistencia primaria. En el ámbito nacional, recuerdan los expertos, existen 152 centros del VHA. Se seleccionaron aleatoriamente 75 *Veterans Administration Medical Centers* (VAMC) luego de la clasificación por región y categoría de hospital (tamaño, rural/urbano; universitario o no universitario) de manera tal de incluir diversidad geográfica y por complejidad.

Se obtuvo información en relación con las facilidades de atención primaria por región, los recursos educativos en términos de tamizaje e intervención, los procedimientos actuales de identificación, las terapias para enfermos con distintos problemas de abuso de alcohol, las pautas de derivación y el acceso al tratamiento, los obstáculos generales y las opiniones y percepciones al respecto. El estudio se basó en una combinación de 23 preguntas estructuradas y semiestructuradas. La intervención breve se definió como sesiones sistemáticas de asesoramiento destinadas a reducir el hábito de beber en personas no dependientes y a derivar para tratamiento específico a los sujetos con dependencia. El índice de respuesta fue del 55%.

Resultados

Los directores refirieron que en el 85% de los enfermos tratados en centros de atención primaria se rastrearon problemas relacionados con el consumo de alcohol. El 27% de los centros comunicó que el 100% de los pacientes fue evaluado y el 55% de los servicios refirió que 90% o más de los sujetos fueron sometido a tamizaje. El cuestionario CAGE se empleó en el 100% de los centros y se consideró la herramienta más común en el tamizaje de consumo de alcohol. Los expertos recuerdan que éste es un instrumento ampliamente utilizado en medicina primaria; permite identificar problemas relacionados con el alcohol aunque no personas en riesgo de comenzar a beber en exceso. En el 20% de los servicios se utilizaron además mediciones para establecer la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol.

Los profesionales clasificaron los obstáculos en una escala de 5 puntos (1: sin importancia; 5: de importancia máxima). La falta de tiempo fue uno de los elementos que más obstaculizó la implementación del tamizaje (entre 4 y 5 puntos en la mayoría de los casos), seguida por la actitud defensiva del enfermo. El temor del equipo por la posible conducta del paciente, la creencia de que el método no es eficaz y la falta de conocimiento fueron otros factores de influencia.

Hubo material educativo (impreso o derivado de Internet) disponible en el último año en la mayoría de los centros. En cambio, se dispuso de menos recursos en relación con entrenamiento



Información adicional en www.siiicsalud.com: dirección de correspondencia, otros autores, palabras clave en inglés y español, instituciones investigadoras, especialidades en que se clasifican, etc.

específico y con métodos de ayuda para pacientes particulares. La mayoría de los participantes coincidió en que la incorporación de los sistemas computarizados al proceso de tamizaje mejoró notablemente el objetivo.

El 29% de los pacientes fue tratado en los sitios de atención primaria más amplios. Se estimó que alrededor de un 59% de los enfermos con problemas relacionados con el alcohol recibió intervenciones breves. No se detectaron correlaciones significativas entre el porcentaje de enfermos sometido a tamizaje por problemas de alcohol y la proporción que recibió tratamiento de este tipo. De hecho, la pesquisa no condujo necesariamente a una acción puntual en términos de terapia o derivación.

Los médicos de atención primaria, otros profesionales (enfermeros) y los especialistas en abuso de sustancias estuvieron a cargo de las intervenciones breves en el ámbito de la medicina primaria.

Nuevamente, la falta de tiempo fue el principal obstáculo para llevar a cabo medidas específicas. La actitud del enfermo, la ausencia de personal especializado y la falta de conocimiento adecuado fueron otros elementos que afectaron la toma de decisiones. Muchos participantes mencionaron que la incorporación de un profesional especializado al equipo de atención primaria mejoró sustancialmente la frecuencia de intervenciones breves. El 98% de los centros primarios utilizó sistemas escritos o computarizados de derivación. Otros procedimientos consistieron en citas pautadas directamente por los pacientes, internación programada por el profesional y citas generadas por servicios de desintoxicación. Los directores percibieron que el equipo de atención primaria experimentó, en general, experiencias positivas con los programas de tratamiento. Sin embargo, se detectaron áreas de preocupación especialmente en relación con la comunicación entre los distintos servicios.

Discusión

En este estudio, el índice estimado de tamizaje de problemas más graves relacionados con el consumo de alcohol fue relativamente alto, del 85%. Las respuestas cualitativas confirmaron que la incorporación de la pesquisa en las mediciones de rendimiento o calidad aumenta el porcentaje. Casi todos los centros aplican el cuestionario CAGE que, aunque muy útil en la identificación de personas con problemas asociados con el consumo de alcohol, no es apto para detectar personas en riesgo o bebedores que no reúnen criterios de abuso o dependencia alcohólica. Sin embargo, se ha visto que estos últimos también se benefician con intervenciones breves. Sólo unos pocos servicios utilizan mediciones adicionales. La implementación de pautas terapéuticas no fue, no obstante, de la misma magnitud que la del tamizaje. Los directores estimaron que sólo el 59% de los pacientes en quienes se identificaron problemas relacionados con el consumo de alcohol recibe con posterioridad tratamiento específico. Tal como ha ocurrido en otros programas comunitarios y universitarios de atención primaria en los Estados Unidos, ciertas herramientas que se sabe incrementan el logro del objetivo final no se incorporaron masivamente en los sistemas sanitarios nacionales.

La "falta de tiempo" sigue siendo el principal obstáculo para llevar a cabo las medidas puntuales. En este contexto, el sostén institucional y la incorporación de sistemas automáticos indudablemente son necesarios para resolver este problema.

La creación de guías prácticas ha sido particularmente útil para el abordaje de estados de enfermedad que se asocian con un elevado índice de utilización de recursos sanitarios. Los pacientes en riesgo y con dependencia alcohólica representan uno de estos grupos. Numerosos sistemas de salud produjeron recomendaciones para abordar enfermos con patologías relacionadas con el consumo excesivo de alcohol. Sin embargo, el desafío permanente sigue siendo la forma de implementar tales pautas en el ámbito de la práctica asistencial. En cualquier caso, las técnicas deben ser sencillas y factibles de llevarse a cabo en tiempo real. Por último, no sólo deben tener en cuenta la transferencia del conocimiento sino también las actitudes, las normas profesionales y las barreras con las cuales se enfrenta el sistema en conjunto. Los cambios apropiados serán bienvenidos por pacientes y profesionales que deberán trabajar en equipo para lograr una mejor salud.

8 - Efectividad de los Tratamientos Antipsicóticos para la Esquizofrenia: Análisis Interino a 6 meses de un Estudio Prospectivo y de Observación que Comparó Olanzapina, Quetiapina, Risperidona y Haloperidol

Dossenbach M, Erol A, El Mahfoud Kessaci M y colaboradores

Department of Psychiatry, Cairo University Hospital, El Cairo, Egipto; y otros centros participantes

[Effectiveness of Antipsychotic Treatments for Schizophrenia: Interim 6-Month Analysis from a Prospective Observational Study (IC-SOHO) Comparing Olanzapine, Quetiapine, Risperidone, and Haloperidol]

Journal of Clinical Psychiatry 65(3):312-321, Mar 2004

La olanzapina fue significativamente más efectiva para mejorar los síntomas positivos, negativos, depresivos y cognitivos en la esquizofrenia respecto de la quetiapina, risperidona y haloperidol.

Las guías de práctica clínica destacan que la terapia antipsicótica constituye la base para el manejo de la esquizofrenia. En la actualidad, los agentes antipsicóticos denominados atípicos son considerados de primera línea para el tratamiento de esta enfermedad y de otros trastornos psicóticos; entre estos fármacos, los recetados con mayor frecuencia son olanzapina, risperidona y quetiapina.

La bibliografía sugiere que estos agentes tienen un espectro más amplio de eficacia clínica y son mejor tolerados que los agentes típicos como el haloperidol. Cabe señalar que, según se demostró, los fármacos atípicos producen beneficios terapéuticos sin provocar riesgo considerable de síntomas extrapiramidales y trastornos del movimiento, los cuales constituyen una preocupación importante cuando se emplean agentes típicos a largo plazo.

Pocos trabajos han abarcado las comparaciones múltiples entre diferentes antipsicóticos atípicos. La mayoría de los resultados informados provienen de ensayos controlados y aleatorizados; debido a sus diseños, estos ensayos incluyen grupos selectos de pacientes, tienen criterios de inclusión estrictos y excluyen, por lo general, personas con diferentes comorbilidades y abuso de sustancias. Todos estos factores pueden ser limitantes al trasladar los resultados a la práctica clínica. Lo más adecuado sería que los resultados de estos ensayos se complementasen con estudios de observación como el *Intercontinental Schizophrenia Outpatient Health Outcomes* (IC-SOHO), dado que los trabajos con este tipo de diseño evalúan la efectividad de los tratamientos a partir de su utilización en el ámbito de la práctica clínica. El estudio IC-SOHO es un trabajo prospectivo, actualmente en marcha, diseñado para evaluar una población grande y diversa de cuatro continentes en tres años. A su vez, se ha iniciado un estudio SOHO paralelo en Brasil y en Europa (EU-SOHO). Estos estudios SOHO emplean una variedad de medidas sencillas y convalidadas para evaluar el impacto de los antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia.

El presente trabajo describe los resultados de los 6 primeros meses del IC-SOHO en la totalidad de la muestra intercontinental. Se comparó la efectividad de la olanzapina, quetiapina, risperidona y haloperidol en la esquizofrenia, con especial atención sobre la olanzapina.

Método

El estudio IC-SOHO tiene un diseño prospectivo, global, de observación y con una duración de 3 años; su objetivo es la evaluación de las medicaciones antipsicóticas utilizadas para el tratamiento de la esquizofrenia. Este trabajo se diseñó para evaluar resultados clínicos, funcionales y económicos junto con la calidad de vida de los pacientes, lo que refleja situaciones cotidianas. Además, se trata de un estudio abierto, dado que incluye todos los agentes antipsicóticos disponibles y registrados para su empleo en cada uno de los 27 países participantes, de África, Asia, América Latina, Europa del Este y Medio Oriente.

Fueron incluidos pacientes de al menos 18 años con diagnóstico clínico de esquizofrenia según el DSM-IV que iniciaron o cambiaron medicación antipsicótica para el tratamiento de la esquizofrenia y sin participación simultánea en otro estudio de intervención. Debido a sus características, el estudio no siguió las reglas de asignación que se emplean en estudios aleatorizados. Se consideraron dos brazos de tratamiento: el primero está formado por los pacientes que iniciaron tratamiento con olanzapina o que cambiaron su agente antipsicótico por esta droga; y el segundo, compuesto por pacientes que iniciaron o cambiaron su medicación por una droga antipsicótica alternativa.

Fueron excluidos del análisis *post hoc* los pacientes que recibían tratamientos múltiples; las comparaciones se efectuaron entre cuatro monoterapias: olanzapina (n = 3 222), quetiapina (n = 189), risperidona (n = 1 116) y haloperidol (n = 256). Para determinados análisis adicionales, los pacientes que recibieron haloperidol y risperidona fueron divididos en dos subgrupos según la dosis empleada.

El estado clínico de los pacientes se determinó a través de la escala de puntuación *Clinical Global Impressions-Severity of Illness* (CGI-S), la cual se modificó para incluir cuatro dominios sintomáticos diferentes (síntomas positivos, negativos, depresivos y cognitivos), cada uno clasificado de 1 (normal) a 7 (gravemente enfermo). Se definió la respuesta al tratamiento de acuerdo con el descenso en los valores basales de la CGI-S (puntaje de 4 o más, el cual descendió en 2 o más puntos; o un puntaje de 3, con un descenso posterior en 1 o más).

Para este análisis interino se reunieron datos al inicio, a los 3 meses y a los 6 meses de tratamiento. El análisis estadístico se efectuó con el programa de computación SAS versión 8.2. Dado el gran número de comparaciones estadísticas realizadas, se definió *a priori* un valor de *p* igual o menor de 0.001 como estadísticamente significativo.

Resultados

Del total de 7 658 participantes de este estudio, el 76% inició o cambió la monoterapia en el momento de inclusión. Las dosis promedio de olanzapina y de haloperidol permanecieron en 10.0 mg/d durante los 6 meses; la de quetiapina se incrementó de 200 mg/d a 300 mg/d a los 3 y 6 meses, y la de risperidona aumentó de 3.0 mg/día al inicio a 4.0 mg/d a los 3 meses.

Se determinaron las pautas de cambio en la prescripción dentro de cada grupo de tratamiento y se consideraron dos categorías principales: los pacientes que continuaron empleando una misma droga como monoterapia y los que cambiaron de agente. La primera de estas categorías se subdividió según hubiera cambio o no en la dosis empleada.

Las comparaciones estadísticas entre los pacientes que permanecieron bajo tratamiento con la misma droga con aquellos en quienes se cambió el agente mostraron que las posibilidades para mantenerse en tratamiento con la misma medicación fueron significativamente mayores para la olanzapina (el 88% continuó con la misma medicación) respecto de la quetiapina (71%), la risperidona (80%) o el haloperidol (66%), y fue significativamente más elevada para la risperidona al compararse con el haloperidol ($p < 0.001$). Las comparaciones efectuadas entre los pacientes que continuaron en tratamiento con una misma droga a una dosis constante con aquellos en quienes se efectuaron ajustes pusieron de manifiesto que la probabilidad de permanecer con una droga a una dosis constante fue significativamente mejor para la olanzapina (72%) respecto de la quetiapina (53%) y la risperidona (60%) ($p < 0.001$), sin diferencias estadísticas entre olanzapina y haloperidol (71%).

Luego de 6 meses de tratamiento, se obtuvo mayor proporción de respuesta en los pacientes del grupo que recibió olanzapina (61%) al ser comparados con los que recibieron quetiapina (39%), risperidona (48%) o haloperidol (37%). Los pacientes que recibieron olanzapina presentaron mejorías significativas en todos los síntomas evaluados (depresivos, positivos, negativos y cognitivos) al ser cotejados con los tratados con quetiapina, risperidona y haloperidol ($p < 0.001$). Además, los síntomas negativos y cognitivos mejoraron en los pacientes tratados con risperidona al ser comparados con los tratados con haloperidol; pero los resultados correspondientes a risperidona no fueron significativamente diferentes al ser cotejados con los obtenidos con quetiapina.

En los grupos de tratamiento con olanzapina, risperidona y

quetiapina se observaron reducciones de los síntomas extrapiramidales y discinesias, pero éstos se incrementaron en los tratados con haloperidol. Fue más probable que estos síntomas se produjeran en el grupo tratado con este último que en los que recibieron terapia con olanzapina, quetiapina o risperidona ($p < 0.001$), independientemente de la dosis de haloperidol empleada.

Las probabilidades de pérdida de la libido e impotencia sexual o amenorrea a los 6 meses de tratamiento fueron significativamente menores con olanzapina que con haloperidol o risperidona ($p < 0.001$) y semejantes con quetiapina. El aumento de peso fue significativamente mayor para los tratados con olanzapina (valor medio = 2.57 kg), en comparación con los que recibieron quetiapina (0.58 kg), risperidona (1.49 kg) o haloperidol (0.73 kg).

Fue menos probable que los pacientes tratados con olanzapina recibieran otros fármacos simultáneos –como anticolinérgicos, ansiolíticos o hipnóticos– en comparación con los demás grupos. No se hallaron diferencias significativas en la prescripción de antidepresivos o fármacos estabilizadores del estado de ánimo entre los diferentes grupos estudiados.

Discusión

El presente, señalan los autores, es el primer análisis de un estudio prospectivo y de observación que compara directamente la efectividad de haloperidol, olanzapina, quetiapina y risperidona como tratamientos para la esquizofrenia. Los resultados demuestran que los agentes antipsicóticos atípicos, y en particular la olanzapina, son más efectivos y mejor tolerados que el haloperidol. Se observaron beneficios significativos con la olanzapina para todas las mediciones de eficacia cuando se la comparó con otros fármacos atípicos, como risperidona y quetiapina. Además, cuando no se modificó la dosis con el transcurso del tiempo, las diferencias en la eficacia se mantuvieron según lo refieren los hallazgos primarios, y la probabilidad de presentar síntomas extrapiramidales fue semejante entre olanzapina y quetiapina, y significativamente menor con respecto a risperidona o haloperidol. Los hallazgos avalan datos previos que indican firmemente que la olanzapina es superior al haloperidol para el tratamiento de los síntomas generales de la esquizofrenia y, en particular, los síntomas positivos y negativos de esta enfermedad.

El proyecto IC-SOHO es un estudio de observación exploratorio que involucra análisis múltiples y, como tal, la interpretación de los resultados debería ser observada con cautela. Sobre la base de los datos hallados, concluyen los autores, la olanzapina fue significativamente más efectiva para mejorar los síntomas positivos, negativos, depresivos y cognitivos presentes en la esquizofrenia respecto de la quetiapina, risperidona y haloperidol en esta población de muestra. La olanzapina fue significativamente superior al haloperidol y a la risperidona y comparable a la quetiapina en las principales medidas de tolerabilidad evaluadas en este ensayo parcial.

9 - Emergencia y Desarrollo Cerebral de las Funciones Ejecutivas



Capilla A, Romero D, Maestú F y colaboradores

Centro de Magnetoencefalografía Dr. Pérez Modrego, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España

[Emergencia y Desarrollo Cerebral de las Funciones Ejecutivas]

Actas Españolas de Psiquiatría 32(2):377-386, Nov 2004

Descripción del desarrollo neurobiológico de las funciones ejecutivas y la contribución de los estudios de neuroimágenes.

Se consideran «funciones ejecutivas» (FE) las del lóbulo central, puesto que la patología de dicho lóbulo, especialmente de la

región dorsolateral, se asocia con alteraciones de dichas funciones. Pero también existen pacientes con lesiones posteriores que presentan problemas en las tareas ejecutivas. Se ha sugerido que el desarrollo de las FE no depende sólo de la maduración de la corteza prefrontal, sino también de la madurez e integridad de otras regiones, tanto corticales como subcorticales, y de la interacción adecuada entre éstas y la corteza prefrontal.

Existen dos tipos de procesos en el desarrollo madurativo: progresivos y regresivos. Los fenómenos progresivos tienen en cuenta la proliferación celular, el desarrollo dendrítico y la mielinización, y los fenómenos regresivos incluyen la apoptosis y la poda sináptica (*pruning*). Ambos procesos han sido observados a través de estudios de resonancia magnética (RM), tanto en la sustancia blanca (mielinización) como en la sustancia gris (poda sináptica). La mielinización interviene en procesos fisiológicos como la velocidad de conducción de los impulsos nerviosos.

Las últimas áreas en mielinizarse son la sustancia blanca de los lóbulos frontal, parietal y occipital, especialmente a los 8-12 meses del desarrollo. En el lóbulo frontal se producen aumentos en el volumen de la sustancia blanca entre los 4 y 13 años de edad pero los procesos no se completan hasta alcanzada la edad adulta.

De esta manera, el desarrollo de las FE no sólo depende de la maduración de regiones cerebrales específicas (corteza prefrontal) sino también de la maduración de los procesos madurativos de las conexiones mediados por la mielinización.

En la infancia se observa la existencia de un mayor número de conexiones sinápticas que las del adulto, aunque no todas funcionales. De esta manera es que interviene el proceso de poda con el fin de eliminar las sinapsis menos importantes. La disminución de la densidad sináptica se relaciona con los cambios de la sustancia gris de la infancia y adolescencia. La disminución de esta sustancia en la adolescencia tardía se observa especialmente en las regiones parietales y frontales y la corteza prefrontal dorsolateral se desarrolla aun más tardiamente, bien entrada la edad adulta. Los procesos de poda son fundamentales para el desarrollo cognitivo del niño.

Los primeros estudios que dieron cuenta de los procesos metabólicos en estadios muy tempranos del desarrollo fueron realizados con tomografía por emisión de positrones. Estos estudios mostraron que a los 6 meses de edad se producía un aumento del metabolismo glucídico de la corteza prefrontal y a los 12 meses este patrón metabólico resultaba similar al de un adulto.

El metabolismo de la glucosa en las regiones corticales presenta un patrón ascendente desde el nacimiento hasta los 2 años de vida, en que alcanza el valor adulto, para después continuar incrementándose hasta los 4 años de edad, cuando se alcanzan las tasas metabólicas más altas. Estas se mantienen aproximadamente hasta los 9 años, momento en que comienzan a disminuir hasta alcanzar nuevamente el nivel adulto en la segunda década de la vida.

Este aumento del metabolismo energético ha sido relacionado con los fenómenos progresivos y regresivos anteriormente mencionados. Estos procesos se desarrollan de manera jerárquica, primero sobre las áreas de proyección y luego sobre las áreas asociativas. La corteza prefrontal, la región supralímbica (áreas parietales y temporales asociativas) son las últimas en desarrollarse.

Las FE incluyen diferentes procesos cognitivos tales como el autocontrol, la autoconciencia, la formulación de conceptos abstractos, la resolución de problemas, el uso de retroalimentación, la monitorización, la elección de objetivos y la flexibilidad cognitiva.

Existen dos funciones que son críticas para el desempeño normal de las FE: la memoria de trabajo y la inhibición. Los individuos que realizan mejores pruebas de memoria de trabajo son los que son más eficaces a la hora de inhibir información irrelevante.

Las pruebas neuropsicológicas clásicas muestran que las FE emergen aproximadamente a la edad de 6 años, especialmente en lo referente al comportamiento estratégico y planificado, habilidad que a los 12 años no está completamente desarrollada. Entre los 6 y 10 años mejoran gradualmente la resolución de problemas y la comprobación de hipótesis, pero hasta los 12 la ejecución aún no se puede comparar con la del adulto. También entre los 6 y 12 años mejoran la inhibición y la modulación de respuesta y entre los

12 y 15 años se desarrollan la fluidez verbal y de diseños. Algunos autores estipulan que habría tres etapas en el desarrollo de las FE, a los 6, 10 y después de los 12 años.

Según Piaget, entre los 8 y los 12 meses de edad, el subestadio IV del período sensorimotor, aparecen la permanencia del objeto (crítica para el desarrollo de la memoria de trabajo) y la capacidad para coordinar medios y fines, y –según el mismo autor– la inteligencia.

Ya se ha mencionado el incremento de la tasa metabólica de glucosa entre los 8 y 12 meses, período en el cual se observa un significativo aumento de la longitud y extensión de las espinas dendríticas de las neuronas piramidales de la capa III de la corteza prefrontal dorsolateral. Su maduración quizás esté relacionada con la mejor relación de la corteza prefrontal y otras áreas corticales. Otros estudios han sugerido la intervención de una red frontoparietal en las pruebas de memoria de trabajo espacial.

Entre los 3 y los 5 años los niños realizan mejores tareas que requieren para su ejecución de un mantenimiento activo de la memoria de trabajo y de la inhibición. Dichas tareas son los denominados paradigmas de cambio de tarea y para su ejecución requieren de la integridad de la corteza prefrontal dorsolateral.

En esta etapa, según Piaget, los niños pasan de ser preoperacionales a operacionales, adquieren la capacidad de la «conservación del líquido», fenómeno que consiste en que para los niños una cantidad de líquido determinada sigue siendo la misma, independientemente de un recipiente cualquiera que lo contenga, es decir dejan de estar dominados por la percepción para comenzar a razonar bajo la forma de representaciones.

Memoria de trabajo: Las áreas activadas durante la realización de estos estudios en los niños muestran que esencialmente son las mismas que se activan en los adultos, pero se diferencian en cuanto a la intensidad de la señal. Se ha postulado que esto podría deberse a que los niños son sometidos a una mayor exigencia en términos de memoria de trabajo respecto de los adultos.

El uso correcto de la memoria de trabajo debe relacionar adecuadamente la corteza prefrontal y varias regiones corticales y subcorticales tales como las regiones parietales y temporales de asociación, el tálamo y los ganglios basales.

Inhibición: Los estudios con RMf del control inhibitorio han mostrado resultados pocos claros. En algunos de estos estudios se ha observado que durante la realización de una tarea tipo *go/no-go* se activan las mismas áreas cerebrales tanto en niños como en adultos, incluyendo la corteza orbitofrontal, el cíngulo anterior del hemisferio derecho y el giro frontal medio (GFM) e inferior (GFI). Los adultos y los niños se diferencian en que el volumen de la activación es mayor en el GFM y GFI de los niños. Otros autores encontraron que los niños poseen una mayor activación del GFM y superior (GFS) del hemisferio izquierdo y en los adultos una mayor activación del GFI. En los adolescentes se observa una activación del GFI y del núcleo caudado del hemisferio derecho y en adultos la del GFI de ambos hemisferios y del GFM del hemisferio izquierdo.

Conclusiones

Uno de los principales escollos de la teoría del desarrollo evolutivo es la falta del marco teórico en el que encuadrar las FE. Esto dificulta la evaluación de estas funciones, que en principio son analizadas a través de pruebas neuropsicológicas, que habían sido diseñadas para valorar los efectos del daño cerebral sobre las funciones cognitivas. Sin embargo, estas pruebas son inespecíficas ya que para su ejecución requieren del funcionamiento de varias FE, y no son útiles para el estudio de la emergencia y el desarrollo de dichas funciones. Por este motivo los autores creen que sería más provechoso diseñar tareas cognitivas simples que requieran el empleo de la memoria de trabajo o la inhibición.

Al interpretar de una manera más adecuada cómo se desarrollan los procesos cognitivos de manera normal se podrá evaluar mejor qué consecuencias tiene para éstos, por ejemplo, un traumatismo de cráneo ocurrido durante la infancia.

Según el modelo de Dennis, una lesión cerebral no sólo puede afectar las funciones actuales sino la adquisición de las futuras. En resumen, al estudiar el cerebro del niño se tendrá acceso a la cognición humana y su patrimonio filogenético más importante, la corteza prefrontal.

10 - Subtipos Neuropsicológicos de Esquizofrenia

Ilonen T, Taiminen T, Karlsoon H y colaboradores

Department of Psychiatry, Turku University Central Hospital, Turku, Finlandia

[Neuropsychological Subtyping of Schizophrenia]

Psychiatry Research 129(2):191-199, Dic 2004

La evaluación neuropsicológica es importante en la predicción de los resultados y para el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia.

Desde que Kraepelin (1913) comentara por primera vez la disminución de la eficiencia mental de los esquizofrénicos, muchos investigadores han descrito la declinación de muchas habilidades intelectuales posteriores al comienzo de la enfermedad. En el primer episodio se nota una marcada alteración de las funciones cognitivas, las cuales pueden estabilizarse o posteriormente declinar aun más. La función cognitiva tiende a ubicarse 1.5-2 desvíos estándar por debajo de los sujetos normales. Estos déficit cognitivos conllevan consecuencias en las áreas social y laboral, en especial porque ocurren independientemente de los delirios y alucinaciones, y porque persisten aun cuando los síntomas psicóticos hayan sido tratados exitosamente. Incluso los pacientes con coeficientes de inteligencia (CI) dentro de los parámetros normales presentan comprometidas sus funciones cognitivas con relación a sus capacidades intelectuales generales. Los resultados previos sugieren que la función cognitiva abarca desde la normalidad hasta el daño total, indicando la existencia de diferentes subgrupos neuropsicológicos en la esquizofrenia.

Materiales y métodos

Se incluyeron 27 pacientes (10 varones y 17 mujeres) con un primer episodio de esquizofrenia, quienes cumplimentaban los criterios diagnósticos del DSM-IV, resultando los siguientes subtipos: 10 paranoides, 4 indiferenciados, 1 catatónico y 3 desorganizados. Los criterios de exclusión fueron trastornos del eje I concurrentes, otras condiciones no psiquiátricas o neurológicas, tales como traumatismo de cráneo, trastornos convulsivos o neuromusculares, retardo mental o abuso de substancias.

La edad promedio de los participantes fue de 33 ± 16 años y la duración media de su ciclo educativo fue de 11.6 ± 2.5 años. Ninguno de los pacientes había sido internado previamente por algún trastorno psiquiátrico y el 55.6% presentó los primeros síntomas dentro del mes previo a la internación. Al momento del inicio del estudio 3 pacientes (11.1%) no habían sido medicados con psicotrópicos, 18 pacientes (66.7%) estaba recibiendo antipsicóticos convencionales, cuatro (14.8%) eran tratados con antipsicóticos atípicos y 2 (7.4%) con ansiolíticos. Las dosis de neurolépticos se midieron en equivalentes de clorpromazina (Kaplan y Sadock), siendo la dosis media de 110.1 ± 118.7 mg/día.

Como pruebas neuropsicológicas se utilizaron la versión finlandesa de la escala revisada de Wechsler de adultos (WAIS-R) y la escala revisada de Wechsler de memoria (WMS-R) para valorar las funciones cognitivas. Los componentes de las funciones ejecutivas fueron evaluados con la prueba del sorteo de cartas de Wisconsin (WCST). Para las funciones psicológicas se emplearon la prueba de Rorschach de evaluación de la realidad, la escala de manejo del estrés y la de modulación del afecto. Los pacientes fueron clasificados de acuerdo al grado de la función cognitiva con la escala completa de CI del WAIS-R (FSIQ) y del CI de memoria (GM) del WMS-R, utilizando un valor límite (*cut off*) de 85.

El primer grupo, con un FSIQ y un GM > 85 se considera el grupo normal. El segundo con un FSIQ > 85 y un GM < 86 se denomina grupo de memoria disfuncional. El tercer grupo con FSIQ y GM < 86 incluye a los pacientes con alteraciones neuropsicológicas amplias y es denominado el grupo disfuncional global.

Se realizaron análisis de varianza con seguimiento de las comparaciones apareadas para las características demográficas, clínicas y de desempeño neuropsicológico. La prueba de chi

cuadrado se utilizó para las variables categóricas. Las pruebas de asociación entre los puntajes de Rorschach y las pruebas neurocognitivas fueron realizadas a través de los coeficientes de correlación de Pearson.

Resultados

El FSIQ promedio fue de 89.04 ± 19.4 en el intervalo de 44 a 122, y el GM promedio fue de 71.00 ± 17.8 en el intervalo 50-100, lo que se traduce en la existencia de grupos de esquizofrénicos con bajo y también elevado nivel de funcionamiento.

Relativamente pocos pacientes ($n = 5$) fueron asignados al grupo normal que no padecía deterioro intelectual o memoria disfuncional. Sin embargo, uno de los cinco pacientes mostró un desempeño deficiente en la WCST. Por lo tanto, el 15% de los esquizofrénicos con primer episodio presentó valores normales a elevados de las funciones cognitivas, asignándoseles un puntaje FSIQ de 107 ± 13.00 , un CI verbal de 110.2 ± 9.4 , un CI de desempeño de 104.2 ± 17.4 y un GM de 96.8 ± 4.4 .

Al grupo con memoria disfuncional fueron asignados 10 pacientes (37%) con un FSIQ promedio de 100.0 ± 9.3 , un CI verbal de 104.4 ± 11.7 y un CI de desempeño de 96.3 ± 6.8 . El puntaje GM de 74.8 ± 13.3 se ubicó en el intervalo de leve a moderadamente afectados. Un análisis más detallado mostró que 5 de 10 pacientes poseían alteraciones de la memoria pero no déficit intelectuales o ejecutivos.

El grupo de disfunción global recibió un puntaje FSIQ de 71.5 ± 11.7 , un CI verbal de 78.3 ± 11.3 y un CI de desempeño de 67.5 ± 15.5 ubicando a este grupo en los límites superiores del retardo mental leve. Este grupo exhibió un deterioro intelectual con daños cognitivos importantes así como de las funciones psicológicas.

Si bien los tres grupos presentaron características demográficas y clínicas similares, el grupo de disfunción global fue el que significativamente recibió menos años de educación.

No hubo diferencias entre los grupos en cuanto a las pruebas de evaluación de la realidad, la tolerancia al estrés y otras, pero el ingrediente básico de la adecuación a la realidad se alteró, así como se observó un aumento de la vulnerabilidad a la desorganización y pensamientos o comportamientos impulsivos a medida que las situaciones se hicieron más complejas. La vulnerabilidad aumentó a medida que la adecuación al estrés disminuyó por debajo del intervalo esperado, especialmente en el grupo de memoria disfuncional y en el de disfunción global.

Los tres grupos mostraron diferencias significativas para el GM, el retardo de la memoria lógica, visual y el retardo de la evocación. Los pacientes con memoria disfuncional o con disfunción global eran crónicamente vulnerables para volverse desorganizados ante los muchos factores diarios de estrés y no se interesaron por ellos mismos como era de esperarse. El grupo de disfunción global difirió del normal por la insuficiente capacidad de experimentar y expresar sentimientos, es decir la alteración de la modulación afectiva.

Discusión

Existe una fuerte correlación predictiva entre la función cognitiva y los resultados en el largo plazo de los pacientes con esquizofrenia. Los pacientes del grupo de disfunción global son los que peor pueden enfrentar las exigencias cotidianas de la vida, los que menos pueden resolver problemas y los que tienden a no aprender de las experiencias. El daño cognitivo puede interferir con la capacidad para beneficiarse de un tratamiento psicológico, especialmente las intervenciones basadas en el aprendizaje. Los déficit de comprensión pueden tornar dificultosa la rehabilitación de los pacientes al no poder éstos comprender las instrucciones, al tiempo que las alteraciones ejecutivas conducen al empobrecimiento del planeamiento de actividades.

Debido a que los déficit cognitivos poseen un tremendo impacto sobre las funciones sociales y ocupacionales, su reducción conllevaría una mejoría en todos los aspectos del tratamiento de estos pacientes. El daño cognitivo puede ser minimizado a través del tratamiento con los nuevos antipsicóticos y se requiere desarrollar técnicas basadas en un enfoque neuropsicológico que mejoren los déficit cognitivos asociados con la esquizofrenia.

La asociación entre la función cognitiva y las variables Rorschach CS (guías de implementación del Rorschach) configuran un recurso disponible para aumentar la precisión de los factores de predicción al relacionar la personalidad subyacente y los procesos cognitivos percibidos.

11 - Información, Consentimiento y Coerción Percibida: Las Perspectivas de los Pacientes con Relación a la Terapia Electroconvulsiva

Rose D, Wykes TH, Bindman JP y Fleishchmann PS

Health Services Research Department, Institute of Psychiatry, Londres, Reino Unido

[Information, Consent and Perceived Coercion: Patients' Perspectives on Electroconvulsive Therapy]

British Journal of Psychiatry 186:54-59, Ene 2005

En este artículo se relacionan los distintos aspectos que hacen al consentimiento informado respecto de los pacientes sometidos a terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (TEC) es considerada por mucha gente como un tratamiento controvertido, y en Inglaterra y Gales existen garantías legales especiales para los pacientes que voluntariamente son sometidos a esta terapia y para aquellos que reciben este tratamiento de manera compulsiva. Cuando se otorga un consentimiento, el procedimiento y el consentimiento en sí mismo deben ser completamente documentados. El consentimiento es válido solamente cuando el paciente ha sido adecuadamente informado de los riesgos, beneficios y opciones del tratamiento a seguir. En este artículo se revisan los estudios en los que se emplearon consentimientos informados para los pacientes sometidos a TEC analizándolos en forma cuantitativa y cualitativa.

Se investigó la literatura médica a fin de identificar estudios con arbitraje que analizaran la percepción de los pacientes en cuanto a la TEC. De 26 estudios, 13 trataron aspectos del consentimiento y la información. De la literatura denominada gris o no convencional (que describe cualquier documento sin importar el medio, que escapa a los canales normales de publicación y distribución) se identificaron 9 informes de investigación escritos por los pacientes o en colaboración con ellos y cuatro de estos informes tocaron aspectos relacionados con el consentimiento informado. También se utilizaron las comunicaciones individuales de los pacientes, denominadas "testimonios", que dieron cuenta de sus experiencias con la TEC. Se identificaron las fuentes de estos testimonios, destacándose 81 mensajes electrónicos producidos en el marco de un foro en Internet. Una búsqueda generalizada por este medio arrojó otros 15 testimonios adicionales. En la Biblioteca Británica se encontraron 50 entrevistas, de las cuales 23 mencionaron la TEC.

Se realizó una revisión descriptiva sistemática teniendo en cuenta los siguientes interrogantes: ¿Qué porcentaje de personas sometidos a TEC creyó que poseía información adecuada en cuanto al procedimiento? ¿Qué porcentaje poseía información objetiva del procedimiento? (La utilización de anestesia, corriente eléctrica y la inducción de convulsiones.) ¿Qué porcentaje de individuos sintió que poseía información suficiente acerca de los posibles efectos colaterales? ¿Qué porcentaje de sujetos percibió que habían sido sometidos a coerción para recibir TEC? El interrogante más frecuente fue si a los participantes les fue brindada suficiente información acerca de la TEC. Ocho estudios clínicos preguntaron en una entrevista postratamiento si la información previa había sido la adecuada. Todos menos uno parecen haber utilizado términos como "información adecuada" o "explicación adecuada". En un estudio los participantes fueron instados a responder si estaban de acuerdo o

no con la afirmación "nunca se les dice a los pacientes lo que está sucediendo". Un análisis de otros 12 estudios, aunque no totalmente comparables entre sí, mostró que en 9 de ellos, del 45% al 55% de quienes respondieron estuvieron satisfechos con las explicaciones brindadas respecto de la TEC, lo que implica que un porcentaje similar no lo estuvo.

Cuatro estudios evaluaron la información objetiva concerniente a la TEC. Todos los investigadores fueron clínicos y todos los estudios se realizaron en el Reino Unido. El porcentaje de pacientes con información básica respecto de la terapia fue bajo y osciló entre el 7% y el 16%. En los datos testimoniales hubo muchas quejas en cuanto a la información insuficiente suministrada a los pacientes, quienes en muchos casos relacionaron la falta de información con un sentimiento de desamparo. Cuatro estudios evaluaron la información sobre los efectos colaterales de la TEC, dos de los cuales fueron estudios de colaboración y dos clínicos. Casi la mitad de los comentarios más espontáneos acerca de la inadecuada información fueron específicamente correlacionados con el posible efecto colateral de pérdida de memoria en el largo plazo. En cuanto a la compulsión legal, solamente dos estudios, ambos realizados en el Reino Unido, incluyeron pacientes que habían sido tratados bajo poderes formales, lo que constituye una limitación de los datos. Una comunicación informó que aunque los pacientes que recibieron un tratamiento compulsivo estuvieron retrospectivamente satisfechos con dicho tratamiento, no se les aseguró la provisión de información respecto del procedimiento.

En lo que respecta a la coerción psicológica o percibida, los pacientes pueden haber sentido que la TEC era la única alternativa terapéutica viable aun cuando aparentemente consintieran o fueran legalmente obligados. La garantía en ese caso es que el consentimiento debe estar documentado y es de buena práctica que se halle firmado. Aproximadamente la mitad de los pacientes sometidos a TEC percibieron que se les proporcionó información insuficiente respecto del procedimiento y casi un tercio que habían sido compelidos a recibir el tratamiento. Algunos investigadores clínicos arguyen que muchos pacientes no desean recibir información y prefieren, por el contrario, depositar su confianza en las manos del médico.

Pareciera que los problemas con el consentimiento informado se dan también con otros tratamientos, ya sean psiquiátricos como no psiquiátricos. La excepción parecen constituirlos los ensayos clínicos.

En el campo de la psiquiatría se ha constatado en diferentes estudios la total falta de conocimiento por parte de los pacientes, en lo que se refiere a las acciones del medicamento y las razones para su administración. En un estudio, el 82% de quienes respondieron a una encuesta desconocía que podían rehusarse a recibir la medicación. Sin embargo, estos pacientes estaban satisfechos con esta situación, en tanto que muchos otros no lo estaban.

Legalmente se ha propuesto que las garantías para aquellos que deban ser sometidos a TEC se realicen a través de tribunales de salud mental y no a través de una segunda opinión, como en la actualidad. El Departamento de Salud de Inglaterra y Gales rechazó una recomendación en cuanto a que el tratamiento compulsivo debe basarse en el principio de falta de capacidad. Aunque solamente dos artículos consideraron la compulsión legal, los datos que manejan los autores sugieren que los pacientes tratados bajo compulsión se encuentran más insatisfechos con las explicaciones recibidas pero ligeramente menos informados en cuanto al procedimiento en sí.

Existe un gran interés en el fenómeno de la coerción percibida. Se ha argumentado que la compulsión legal no es la única clase de coerción que existe en los servicios de salud mental y se estima que la coerción percibida es igualmente significativa. Se ha demostrado que no es lo mismo estar obligado que sentirse obligado.

Si bien a menudo se postula que, con respecto a la TEC, se está mejor en la actualidad que 20 años atrás, esto no es así en el terreno del consentimiento informado. No existen relaciones entre el estudio y la adecuación de la información brindada a los pacientes, a juzgar por lo que la mayoría de ellos refiere. El porcentaje de ellos que percibe que no tiene opciones válidas en la actualidad está en ascenso, y lamentablemente las propuestas para reformar el Acta de Salud Mental de 1983 tanto en Inglaterra como en Gales no contemplan estos aspectos.