

Serie Psiquiatría

es una publicación de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)

Volumen 1, Número 2, Junio 2014

Dirección, Comité de expertos, Fuentes científicas 3

Artículos distinguidos

- A- El lenguaje corporal de las pacientes con fobia social facilita la evaluación completa de la patología**
Jairo Muñoz Delgado, SIIC 4

Informes seleccionados Reseñas seleccionadas

- 1 - Revisión de la Información Publicada sobre el Papel de la Agomelatina para el Tratamiento de los Pacientes con Trastornos de Ansiedad**
De Berardis D, Conti C, Di Giannantonio M y col.
International Journal of Immunopathology and Pharmacology 26(2):4-6, Abr 2013 8
- 2 - Síndrome de Klinefelter y Riesgo de Psicosis, Autismo y TDAH**
Cederlöf M, Gotby A, Lichtenstein P y col.
Journal of Psychiatric Research 48(1):128-130, Ene 2014 9
- 3 - Activación de la Amígdala y Dimensiones Sintomáticas en el Trastorno Obsesivo Compulsivo**
Via E, Cardoner N, Harrison B y col.
British Journal of Psychiatry 204(1):61-68, Ene 2014 10
- 4 - Neurobiología de la Anorexia Nerviosa: Una Revisión Sistemática**
Phillipou A, Rossel S, Castle D
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 48(2):128-152, Feb 2014 12
- 5 - Empleo de Antipsicóticos Atípicos para el Tratamiento de la Agresividad Patológica en Niños y Adolescentes: Revisión de la Literatura y Recomendaciones Clínicas**
Teixeira E, Jacintho A, Dalgalarondo P
Trends in Psychiatry and Psychotherapy 35(3):151-159, Jul 2013 15
- 6 - Estado de Salud de los Adultos con Antecedentes de Victimización por Acoso Escolar durante la Infancia: Información Obtenida de una Cohorte Evaluada en forma Longitudinal durante Cinco Décadas**
Takizawa R, Maughan B, Arseneault L
American Journal of Psychiatry 1-18, Abr 2014 17

Novedades seleccionadas

- 7 - Los Criterios Vigentes para el Diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada Permiten Adoptar una Perspectiva Categórica o Continua**
Hobbs M, Anderson T, Slade T, Andrews G
Journal of Affective Disorders 157(1):18-24, Mar 2014 20
- 8 - Es Importante Contar con una Definición Precisa de los Trastornos Mentales**
Maj M
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 48(2):193-197, Feb 2014 21
- 9 - Existen Factores que Predicen la Respuesta y la Remisión en Pacientes Esquizofrénicos que Reciben Antipsicóticos**
Zhang H, Shen X, Jiang K y col.
Psychiatry Research 215(1):20-25, Ene 2014 22
- 10 - La Migraña se Asocia con un Nivel Elevado de Depresión y Ansiedad**
Sharma K, Remaran R, Singh S
Neurology India 61(4):355-359, Jul 2013 23
- Más Novedades seleccionadas 24-25
 Contacto directo 27
 Autoevaluaciones de lectura, Respuestas correctas 28
 Posologías 29-30

Conexiones Temáticas

Los artículos de Trabajos Distinguidos, Serie Psiquiatría, pueden ser aprovechados por otras especialidades. A continuación se citan las comprendidas en esta edición:

Especialidades	Artículos, números
Atención Primaria	.....A, 6
Diagnóstico por Imágenes	..... 4
Enfermería	..... A
Epidemiología	..... 2, 4, 7, 12
Farmacología	..... 1, 5, 9
Genética Humana	..... 2
Medicina Familiar	..... 6
Medicina Farmacéutica	..... 1, 5
Medicina Interna	..... 12
Neurología	..... 3, 4, 10
Nutrición	..... 4
Pediatría	..... 5, 6
Salud Pública	..... 8, 11
Toxicología	..... 12



Sociedad Iberoamericana
de Información Científica

Rafael Bernal Castro
Presidente

Rosa María Hermitte
Directora PEMC-SIIC

Colección
Trabajos Distinguidos
Serie
Psiquiatría

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



www.trabajosdistinguidos.com/trabdis.php

Dirección Honoraria
Amelia Musacchio de Zan

Dirección Científica
Alberto Monchablón Espinoza

Coordinación Científica
Andrés Zubrzycki

Comité de expertos

(en actualización)

Elías Abdala, Manoel Albuquerque, Enrique Alvarez, Haydée Andrés, José Luis Ayuso Gutiérrez, Enrique Baca, Demetrio Barcia Salorio, Luiz de C. Bechelli, Lucio Bellomo, Alberto Bertoldi, Julio Bobes García, Ramón Cacabelos, Dorgival Caetano, Carlos Calatroni, Helena Calli, José Eduardo Carreño Rendueles, Leonardo Casais Martínez, José Catri, Salvador Cervera Enguix, Marcelo G. Cetkovich-Bakmas, Eduardo Cuenca Fernández, Antonio Duarte, Rodolfo Fahrer, Patricio Fischman, Jorge García Badaracco, José Giner, Leonardo Goijman, Isaac Guz, Teresinha Fatima Hassan Deitos, Juan J. Lopez-Ibor Jr., Néstor Marchant, Hugo Marietán, Miguel Márquez, Andrea Márquez López Mato, Miguel Angel Materazzi, Roger Montenegro, Amelia Musacchio de Zan, Jorge Nazar, Ramón Noguera Hosta, Alberto Ortiz Frágola, Jorge Paprocki, Jerónimo Saiz Ruiz, Mario Seguel Lizama, Hernán Silva, Jaime Smolovich, Carol Sonnenreich, Manuel Suárez Richards, Rafael Torres, Claudio Udina Abello, Marcio Versiani, Roberto Yunes, Sergio Zamora Delgado, Jorge Luis Zirulnik.

Fuentes científicas

Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina
Acta Psiquiátrica Scandinavica
Actas Españolas de Psiquiatría
Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines
Agencia Sistema de Noticias Científicas (aSNC-SIIC)
Alcmeon
American Journal of Medicine
American Journal of Psychiatry
American Journal on Mental Retardation (AJMR)
Annals of Internal Medicine
Archives of General Psychiatry
Archives of Internal Medicine
Archives of Neurology
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry
British Journal of Psychiatry
British Medical Journal (BMJ)
Canadian Journal of Psychiatry
Canadian Medical Association Journal (CMAJ)
Chinese Medical Journal (CMJ)
Clinical Neuropharmacology
Clinical Psychology
Clinical Psychology: Science and Practice
Current Opinion in Neurobiology
Current Opinion in Psychiatry
Depression and Anxiety
Drugs
European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience
European Neuropsychopharmacology
General Hospital Psychiatry
German Journal of Psychiatry
International Clinical Psychopharmacology
International Journal of Psychoanalysis
International Psychogeriatrics
Jornal Brasileiro de Psiquiatría
Journal of Anxiety Disorders
Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology
Journal of Clinical Investigation
Journal of Clinical Psychiatry
Journal of Clinical Psychopharmacology
Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology
Journal of Internal Medicine
Journal of Nervous and Mental Disease
Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry

Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences
Journal of Pediatric Psychology
Journal of Psychiatry and Neuroscience
Journal of Psychopharmacology
Journal of Sex Research
Journal of Studies on Alcohol
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
Journal of the American Medical Association (JAMA)
Journal of the European College of Neuropsychopharmacology
Journal of the Formosan Medical Association
Journal of the Royal Society of Medicine (JRSM)
Kaohsiung Journal of Medical Sciences
Lancet
Medical Journal of Australia
Medicina (Buenos Aires)
Neurology
New England Journal of Medicine (NEJM)
Postgraduate Medical Journal
Postgraduate Medicine
Psiquis
Psychiatric Annals
Psychiatric Bulletin
Psychiatric Rehabilitation Journal
Psychiatry
Psychiatry Research-Neuroimaging
Psychiatry-Interpersonal and Biological Processes
Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice
Psychosomatics
QJM: An International Journal of Medicine
Revista Argentina de Clínica Psicológica
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría
Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana
Salud(i)Ciencia – SIIC
Schizophrenia Bulletin
Science & Medicine
Scientific American
SIIC Data Bases
Southern Medical Journal
São Paulo Medical Journal
Tohoku Journal of Experimental Medicine
Trabajos Distinguidos de Clínica Médica
Trabajos Distinguidos de Factores de Riesgo
Trends in Neurosciences (TINS)
World Psychiatry

Consejo Superior

Programa SIIC de Educación
Médica Continuada (PEMC-SIIC)

Elías N. Abdala, Miguel Allevato, Arturo Arrighi, Michel Batlouni, Pablo Bazerque, Rafael Castro del Olmo, Marcelo Corti, Carlos Crespo, Reinaldo Chacón, Juan C. Chachques, Blanca Diez, Bernardo Dosoretz, Ricardo Drut, Juan Enrique Duhart, Miguel Falasco, Germán Falke, Juan Gagliardi, J.G. de la Garza, Estela Giménez, Vicente Gutiérrez Maxwell, Alfredo Hirschon Prado, Rafael Hurtado, León Jaimovich, Miguel A. Largaña, Antonio Lorusso, Néstor P. Marchant, Olindo Martino, Carlos Mautalén, José María Méndez Ribas, Alberto Monchablón Espinoza, Oscar Morelli, Amelia Musacchio de Zan, Roberto Nicholson, Domingo Palmero, Omar J. Palmieri, Rodolfo Sergio Pasqualini, Eduardo Pro, María Esther Río de Gómez del Río, Gonzalo Rubio, Ariel Sánchez, Amado Saúl, Elsa Segura, Fernando Silberman, Artun Tchoulajman, Norberto Terragno, Roberto Tozzini, Marcelo Trivi, Máximo Valentinuzzi, Eduardo Vega, Alberto M. Woscoff, Roberto Yunes, Ezio Zuffardi.

SIIC, Consejo de Dirección:
Edificio Calmer
Avda. Belgrano 430, (C1092AAR),
Buenos Aires, Argentina.
Tel.: +54 11 4342 4901
www.siicosalud.com

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual en trámite. Hecho el depósito que establece la ley N° 11723. Los textos que en esta publicación se editan expresan la opinión de sus firmantes o de los autores que han redactado los artículos originales, por lo que se deslinda a Gador S.A. de toda responsabilidad al respecto. Trabajos Distinguidos/Trabalhos Destacados y Temas Maestros son marcas y procedimientos internacionalmente registrados por la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin previa autorización por escrito de SIIC.



Información adicional en
www.siicosalud.com



Artículo completo en
www.siic.info

Las normas de divulgación biomédica acotan las posibilidades de comunicación de los investigadores o los someten a rígidos esquemas editoriales que, en oportunidades, limitan la redacción y, en consecuencia, la posterior comprensión de los lectores. SIIC invita a renombrados médicos del mundo para que relaten sus investigaciones de manera didáctica y amena. Las estrictas supervisiones científicas y literarias a que son sometidos los Artículos distinguidos aseguran documentos de calidad, en temas de importancia estratégica.

A - El lenguaje corporal de las pacientes con fobia social facilita la evaluación completa de la patología

The body language of social phobia patients enables a complete evaluation of the pathology



Jairo Muñoz Delgado

PhD, Laboratorio de Cronoecología y Etología Humana, Dirección de Neurociencias, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Facultad de Psicología, UNAM, México

Bibiana Montoya, MSc, Laboratorio de Cronoecología y Etología Humana, Dirección de Neurociencias, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México; Facultad de Psicología, Laboratorio de Aprendizaje y Comportamiento Animal, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá

Ana María Santillán-Doherty, PhD, Laboratorio de Cronoecología y Etología Humana, Dirección de Neurociencias, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México

Rita Arenas-Rosas, Bióloga, Laboratorio de Cronoecología y Etología Humana, Dirección de Neurociencias, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México

Marina Piñero, Psicóloga, Servicios clínicos, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México

Javier Villanueva, Laboratorio de Cronoecología y Etología Humana, Dirección de Neurociencias, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México

Carlos B. Moreno, MD, MSc, Grupo de Investigación en Neurociencias NEUROS; Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia

Acceda a este artículo en
siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



Primera edición, www.siicsalud.com: 22/1/2013
Segunda edición, ampliada y corregida: 27/3/2014

Enviar correspondencia a: Jairo Muñoz Delgado, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 14370, México
munozd@imp.edu.mx

Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.

Abstract

An ethological approach to the study of behavioral disorders provides key information on functional aspects of the behavior that characterizes certain pathologies. The purpose of this study was to describe non-verbal behavioral units presented by a group of 14 women with social phobia (SP) and a control group of 13 women during a clinical interview, and to evaluate the possible differences between these two groups. The 19 behavior units were selected with the index of concordance between the Kendall tau observers = 0.795 ($p = 0.000$). People with SP supported the way they spoke with their hands and placed their hands on their legs, in comparison with the control group. People with SP nodded more often, touched their faces, pressed their lips, licked their lips and touched their hair more frequently than the control group. The article suggests that a systematic evaluation of non-verbal behavior may be important in conducting a full evaluation of patients with SF in a clinical environment, and may contribute to evaluating the efficiency of the treatment.

Key words: human ethology, body language, anxiety disorders

Resumen

Una aproximación etológica hacia el estudio de los trastornos conductuales aporta información relevante acerca de aspectos funcionales de la conducta que caracteriza a ciertas entidades patológicas. El objetivo del presente estudio fue describir unidades conductuales no verbales, presentadas por un grupo de 14 mujeres con fobia social (FS) y un grupo control de 13 mujeres durante una entrevista clínica, y evaluar las posibles diferencias entre esos dos grupos. Las 19 unidades de conductas fueron seleccionadas con el índice de concordancia ante los observadores τ de Kendall = 0.795 ($p = 0.000$). Las personas con FS apoyaron su forma de hablar con las manos y colocaron las manos sobre sus piernas, en comparación con las del grupo control, que no lo hicieron. Las personas con fobia social asintieron con la cabeza con más frecuencia, se tocan la cara, presionan sus labios, pasan la lengua por los labios y se tocan el pelo más frecuentemente que el grupo control. Se sugiere que una evaluación sistemática de la conducta no verbal puede ser importante para llevar a cabo una evaluación completa de los pacientes con FS en un entorno clínico, y que ello puede contribuir para evaluar la eficiencia en el tratamiento.

Palabras clave: etología humana, lenguaje corporal, trastornos de ansiedad

Introducción

La fobia social (FS) es un trastorno de ansiedad caracterizada por miedo a entornos sociales. Fue definida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ta edición revisada (DSM-IV-TR),¹ como: "Un pronunciado y persistente miedo ante una o más situaciones sociales en las cuales el individuo es expuesto a personas desconocidas o al posible escrutinio de otros".

Aunque la FS estuvo descuidada hasta hace unas décadas, es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes y su presentación clínica puede variar en las diferentes culturas. En una encuesta² realizada en 17 países alrededor del mundo, los autores encontraron que los trastornos de ansiedad fueron más prevalentes en Bélgica, Colombia, Francia, Alemania, Líbano, México, Holanda, Nueva Zelanda, Sudáfrica y Estados Unidos (31.0% al

13.1%). En una revisión sistemática de 45 estudios científicos publicados entre 1987 y 2008,³ la prevalencia de FS en la población general osciló entre 0.53% y 9.10%, y fue más frecuente en mujeres que en hombres (1.1 a 2.6 veces).

Una aproximación etológica al estudio de los trastornos conductuales ofrece información importante acerca de aspectos funcionales de la conducta que caracterizan a ciertas entidades. Puede ayudar a entender los trastornos, centrándose en diferentes aspectos, ya que dispone de estrategias adicionales para el diagnóstico y tratamiento, tanto en casos de alteraciones de la comunicación verbal como en casos que no presentan alteración alguna.⁴ En estudios recientes, por ejemplo, una cantidad significativamente baja de fijaciones de la mirada y permanencia de tiempo en imágenes de las 6 emociones básicas (enojo, disgusto, miedo, felicidad, tristeza y sorpresa) fue informada en pacientes con FS, independientemente del género; se observó una correlación significativa entre la gravedad de la fobia y el grado de evitación de la mirada.⁵

Considerando la importancia de la elaboración de una estricta descripción conductual, así como la importancia de entender determinadas conductas asociadas con la FS a nivel de diagnóstico y pronóstico, el objetivo de esta investigación fue describir unidades conductuales presentadas por un grupo de mujeres con FS y un grupo de mujeres sin este diagnóstico, durante una entrevista clínica, y evaluar las posibles diferencias entre estos dos grupos.

Método

Se seleccionaron 14 mujeres que llegaron a un Centro de Atención Psiquiátrica de la Ciudad de México pidiendo ayuda, diagnosticadas con FS por expertos psiquiatras, con base al criterio de diagnóstico del DSM-IV. Las otras 13 mujeres no cumplían los criterios para algún diagnóstico psiquiátrico y componían el grupo control. Las participantes del estudio tenían un promedio de 30 años de edad (entre 20 y 40 años) y educación universitaria. Esta investigación cumple con las normas éticas de la Declaración de Helsinki. Todas las participantes firmaron el consentimiento informado de participación voluntaria en el estudio.

La entrevista se realizó en un cuarto de aproximadamente 4 x 5 m², el cual fue equipado con sillas para el entrevistador y el entrevistado, dispuestas en semicírculo, y una videocámara dirigida hacia la persona entrevistada. Para las sesiones de registro se usó la videocámara, un reproductor de video, un monitor y posteriormente, cuando se analizaron los videos, se utilizaron formularios de registro con el etograma seleccionado.

Cada una de las 27 participantes fue entrevistada individualmente. Las mujeres fueron recibidas en la sala de entrevistas y se sentaron en una silla previamente acomodada para permitir una filmación correcta. La cámara se centró en la cabeza, el torso y los brazos de la persona entrevistada. La conducta no verbal de todas las participantes fue grabada en video durante los 40 minutos de entrevista. Estas grabaciones fueron divididas en dos etapas: en los primeros cinco minutos de la entrevista el sujeto describió sus actividades diarias; una pausa de cinco segundos en el video indica el comienzo de la siguiente etapa en la cual la persona recibiría la instrucción de hablar acerca de una situación hipotética en la que tendría que enfrentar algún tipo de exposición social (dar una conferencia, planear una fiesta, etc.). Para este estudio

descriptivo sólo se analizaron la primera etapa de los primeros 5 minutos.

Cuatro observadores que no participaron en las sesiones de entrevista fueron los encargados de obtener los registros de los videos: con los dos primeros se obtuvo el índice de concordancia interobservador, necesario para confirmar la confiabilidad del etograma, y posteriormente dos observadores experimentados realizaron los registros de frecuencia de las conductas de todas las grabaciones de las participantes. En ambos casos, las observaciones fueron hechas en una forma experimental, a doble ciego, para asegurar imparcialidad.

Para obtener la confiabilidad, se brindó una sesión de 5 minutos de video a los dos observadores experimentados, quienes realizaron un registro *ad libitum* de pacientes y grupo control. Fueron seleccionados 19 unidades conductuales, tanto de pacientes como del grupo control, cada una con su respectiva definición operacional. Una unidad conductual está dada por una pauta de conducta que puede ser descrita por su forma, con respecto a la "postura y a los movimientos del sujeto" o por su consecuencia, que "son los efectos del comportamiento de la persona sobre el medio, otros individuos o sobre sí misma".⁶ Posteriormente, estos mismos observadores realizaron una muestra de conducta;⁶ el índice de concordancia interobservador se obtuvo con la frecuencia total de cada conducta.

Después de establecer el etograma y su procedimiento de índice de concordancia interobservador, a los otros dos observadores se les dio la tarea de registrar la frecuencia de 19 unidades de conducta durante los primeros 5 minutos del período de cada una de las 27 participantes.

La información fue analizada por el programa estadístico SPSS versión 13.0 para Windows. El índice de concordancia entre observadores fue calculado por la prueba no paramétrica tau-b de Kendall. La comparación entre las frecuencias promedio de cada unidad de conducta en las paciente y en el grupo control se llevó a cabo con la prueba no paramétrica de la *U* de Mann-Whitney, debido a la falta de normalidad en los datos. Las pruebas no paramétricas de Kruskal-Wallis y de Wilcoxon *post hoc* fueron usadas para analizar la medición repetida de 5 intervalos consecutivos en los cuales fue dividido el período (cada intervalo fue de 1 minuto).

Resultados

De las 19 unidades de conducta establecidas (Tabla 1), se obtuvo un índice de concordancia entre los observadores tau de Kendall = 0.795 ($p = 0.000$).

Comparando las frecuencias promedio de las 19 unidades de conducta registradas, se encontraron diferencias significativas en la repetición del uso de las manos de las participantes, con el fin de apoyar su discurso, así como colocar las manos sobre las piernas, mover la cabeza, tocarse la cara, lamer los labios y tocarse el cabello.

Los personas con FS apoyaron más su forma de hablar con las manos ($U = 125$, $p = 0.010$: media = 9.50 FS, error estándar [EE] = 2.18; media de C = 18.61, EE = 2.28) y se colocaron las manos sobre las piernas ($U = 95.5$, $p = 0.001$: media = 0.78 FS, EE = 0.48; media de C = 8.23, EE = 1.49) en comparación con el grupo control. Las mujeres con FS asintieron con la cabeza con más frecuencia ($U = 222$, $p = 0.018$: media = 14.64 FS, EE = 1.71; media de C = 10, EE = 1.25), se tocaron la cara más frecuentemente ($U = 139.5$, $p = 0.041$: media = 4.28 FS, EE = 1.50; media de C = 1.23,

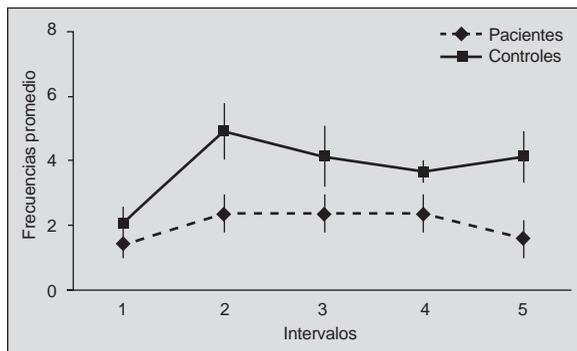
Tabla 1. Unidades de conducta con su correspondiente definición operacional y frecuencia absoluta de cada unidad observada en las personas con fobia social y en los controles.

Comportamiento	Definición
Sonreír	Contracción de las comisuras de los labios mostrando o no los dientes.
Tocarse el rostro	Hacer contacto directo con la mano o muñeca en la cara (incluidas orejas, frente, barbilla, boca, ojo, mejillas o cuello).
Rascarse	Frotar alguna parte del cuerpo con las uñas de la mano.
Agarrarse el cabello	Manipular con las manos el cabello.
Manos replegadas	Posición de las manos en la que una de éstas permanece cubriendo a la otra.
Manos sobre piernas	Las manos descansan sobre los muslos mientras permanecen sentadas.
Tamborileo con los dedos	Movimiento repetitivo de golpeteo en el que los dedos de una mano hacen contacto con los de la otra, con el dorso de la mano o con algún objeto.
Dedos entrelazados	Posición de las manos en la que los dedos se enganchan unos con otros.
Jugueteo con objetos	Interacción repetitiva de las manos con algún objeto cercano.
Brazos cruzados	Mantener uno de los brazos por encima del otro de forma entrecruzada donde cada una de las manos puede o no tocar el torso del cuerpo.
Apoyo del discurso con las manos	Movimiento de las manos y los brazos simultáneo a la conducta de hablar.
Mirada dispersa	Cambio constante de la dirección de la mirada hacia cualquier dirección, acompañado o no de movimiento de cabeza.
Asentir	Hacer movimientos repetitivos con la cabeza de manera vertical mientras se escucha al interlocutor.
Negación	Hacer movimientos repetitivos con la cabeza de manera horizontal mientras se escucha al interlocutor.
Apretar los labios	Contracción de los labios hacia el interior de la boca, manteniéndola cerrada.
Chuparse los labios	Humedecer los labios con la lengua antes de apretarlos.
Morderse el labio	Presionar el labio inferior entre los dientes.
Resguardo	Inclinación hacia delante de la parte superior del cuerpo mientras se está sentado.
Taparse la boca	Colocar la mano, los dedos u objetos sobre la boca, cubriéndola totalmente o parcialmente.

EE = 0.83), presionaron sus labios ($U = 222$, $p = 0.018$: media = 2.57 FS, EE = 0.75; media de C = 0.46, EE = 0.31), pasaron la lengua por sus labios ($U = 215.5$, $p = 0.042$: media = 2.21 FS, EE = 0.57; media de C = 0.61, EE = 0.31) y se tocaron el pelo ($U = 217$, $p = 0.035$: media = 1.78 FS, EE = 0.63; media de C = 0.23, EE = 0.17) con mas frecuencia que las del grupo control. Mientras que personas con FS no presentaron diferencias significativas en el promedio de frecuencias de apoyar el discurso con sus manos a lo largo de 5 minutos, los controles mostraron un incremento entre el primer y el segundo minuto, que después se redujo ligeramente, aunque no de forma significativa ($\chi^2 = 9.549$, $p = 0.049$; $Z = 69$, $p = 0.003$; $Z = 51$, $p = 0.019$; $Z = 64$, $p = 0.009$) (Figura 1).

Discusión

El objetivo del presente estudio piloto fue describir las unidades conductuales manifestadas por mujeres con FS y un grupo control durante una situación de entrevista, y evaluar las diferencias entre ambos grupos.

**Figura 1.** Frecuencia promedio (+ EE) de la conducta de apoyar el discurso con las manos en personas con fobia social y en controles, durante cinco intervalos temporales continuos de 1 minuto a lo largo de una entrevista. Total: 5 minutos.

La baja frecuencia del movimiento de manos mientras las pacientes estaban hablando, probablemente está relacionada con un bajo índice global de actividad psicomotora, una actividad limitada de comunicación,⁷ y una tensión muscular específica del torso, la espalda y los hombros, así como por la presentación de conductas dirigidas hacia el propio cuerpo. En este contexto, la entrevista clínica es una relación asimétrica, en el cual el entrevistador mantiene el control de la interacción, jugando un papel de dominancia, mientras que la persona entrevistada adopta un papel de subordinado. Esta analogía de la relación dominante-subordinada es vista en otras especies, como en primates no humanos.⁸

Conductas como presionar y lamer los labios, generalmente se observaron con poca frecuencia durante la entrevista, especialmente en las mujeres sin diagnóstico de FS. Las personas con FS presentan esas conductas con más frecuencia, lo que puede estar indicando una alta tensión muscular. Sugerimos que se deben efectuar estudios desde la etología que incluyan la obtención de datos fisiológicos que apoyen los supuestos; dichos análisis se encontrarían dentro del campo de la neuroetología.

La alta frecuencia de conductas como mover la cabeza, tocarse la cara, tocarse el cabello, presionar y lamer los labios presenta similitudes morfológicas con algunas conductas directas hacia uno mismo, como el aseo en roedores⁹ y primates,⁸ que han sido relacionadas con la ansiedad. Esas conductas son clasificadas en el Sistema de Codificación Etológico para Entrevistas (ECSI, por sus siglas en inglés) en la categoría de sumisión y desplazamiento, cuya función está relacionada con la prevención o inhibición de respuestas hostiles y con la reacción de situaciones socialmente agresivas en primates humanos y no humanos.⁷

En la disposición de cualquier amenaza interespecífica o intraespecífica, un individuo de cualquier especie tiene básicamente tres posibilidades de reacción: evitar/escapar, congelarse o atacar.¹⁰ Frecuentemente, la respuesta presentada por personas con FS es evitar aquellas situaciones en que se requiere una interacción social directa o una actuación pública. No obstante, la posibilidad de evitar o escapar de esas situaciones no siempre existe, así que la siguiente respuesta viable es congelarse. Aunque los participantes en este estudio no respondieron directamente al congelamiento, era notorio un rango restringido especial de movimientos. Esta restricción de movimientos serviría potencialmente, en interacciones intraespecíficas, como una señal con un efecto de inhibición de la agresión. Sin embargo, se necesitan más estudios para evaluar esta hipótesis en profundidad.

Aunque este estudio brinda resultados preliminares, sugiere que una valoración sistemática de la conducta no verbal podría ser importante con el fin de realizar una evaluación completa del paciente en un entorno clínico. Esto justifica la necesidad de investigaciones más amplias sobre este tema.

El estudio sistemático de la conducta no verbal es muy importante, ya que la información que proporciona juega un papel fundamental y complementario al informe verbal. La evaluación de la conducta no verbal es importante

debido a que, en comparación con la conducta verbal, el control voluntario en la expresión de la conducta no verbal es reducido,¹¹ y la información emitida es más natural. Consideramos que los profesionales de la salud mental deben tener un entrenamiento sistemático y metódico en la evaluación de la conducta no verbal, y utilizarlo como una herramienta durante el proceso de diagnóstico, que también proveerá de información relevante durante el proceso terapéutico para evaluar la efectividad del tratamiento.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2014
www.siicsalud.com

Cómo citar este artículo

Muñoz Delgado J, Montoya B, Santillán-Doherty AM, Arenas-Rosas R, Piñeiro M, Villanueva J, Moreno CB. El lenguaje corporal de las pacientes con fobia social facilita la evaluación completa de la patología. *Trabajos Distinguidos Psiquiatría* 1 (2):4-7, Jun 2014

How to cite this article

Muñoz Delgado J, Montoya B, Santillán-Doherty AM, Arenas-Rosas R, Piñeiro M, Villanueva J, Moreno CB. The body language of social phobia patients enables a complete evaluation of the pathology. *Trabajos Distinguidos Psiquiatría* 1 (2):4-7, Jun 2014

Autoevaluación del artículo

La fobia social es un trastorno de ansiedad caracterizada por miedo a entornos sociales. Fue definida en el DSM-IV-TR como "un pronunciado y persistente miedo ante una o más situaciones sociales en las cuales el individuo es expuesto a personas desconocidas o al posible escrutinio de otros".

¿Cuál de estas características forma parte del abordaje etológico del estudio de los trastornos de conducta?

A, La obtención de información sobre aspectos funcionales de algunas afecciones; B, Mejora la comprensión de algunos trastornos; C, Brinda estrategias adicionales con fines diagnósticos y terapéuticos; D, Todas son correctas.

Verifique su respuesta en www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/129013

Bibliografía

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edn., Text Revision. Washington, DC: Masson; 2000.
2. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 6(3):168-176, 2007.
3. Pietrini F, Lalli L, Lo Sauro C, Taravelli C. Epidemiologia della fobia sociale. *Riv Psichiatr* 44(4):203-13, 2009.
4. Klein Z. The ethological approach to the study of human behavior. *Human Ethology* 21:477-481, 2000.
5. Moukheibera A, Rautureau G, Perez-Díaz F, et al. Gaze avoidance in social phobia: Objective measure and correlates. *Behaviour Research and Therapy* 48(2):147-151, 2010.
6. Martín P, Bateson T. La medición del comportamiento. Alianza editorial, Madrid; 1991.
7. Troisi A. Ethological research in clinical psychiatry: The study of nonverbal behavior. *Neurosci Biobehav Rev* 23(7):905-913, 1999.
8. Shively C. Social subordination stress, behavior, and central monoaminergic function in female cynomolgus monkeys. *Biological Psychiatry* 44:882-891, 1998.
9. Becerra A, Cardenas F, Morato S. Effect of different illumination levels on rat behavior in the elevated plus-maze. *Physiology and Behavior* 85:265-270, 2005.
10. Blanchard C. Stimulus and environmental control of defensive behaviors. In: Bouton, M & Fanselow, M (Eds.). *Learning, Motivation and Cognition: The functional Behaviorism of Robert Bolles*. Washington: American Psychological Association; 1997.
11. Brüne M, Belsky J, Fabrega H, et al. The crisis of psychiatry-insights and prospects from evolutionary theory. *World Psychiatry* 11(1):55-57, 2012.

Trabajos Distinguidos Psiquiatría 1 (2014) 8-18

Amplias reseñas y trabajos de extensión convencional seleccionados de la literatura médica universal, resumidos en una o dos páginas. Los textos se redactan en español en base a las pautas de estilo editorial de los resúmenes SIIC que sintetizamos en los siguientes principios: calidad literaria, brevedad, objetividad y fidelidad a las opiniones de los autores.

1 - Revisión de la Información Publicada sobre el Papel de la Agomelatina para el Tratamiento de los Pacientes con Trastornos de Ansiedad

De Berardis D, Conti C, Di Giannantonio M y colaboradores

Hospital G. Mazzini, Teramo, Italia

[Is There a Role for Agomelatine in the Treatment of Anxiety Disorders? A Review of Published Data]

International Journal of Immunopathology and Pharmacology 26(2):4-6, Abr 2013

La agomelatina es un antidepresivo melatoninérgico que se encuentra aprobado para el tratamiento de los pacientes con trastorno depresivo mayor. Según la información publicada hasta el momento, esta droga también puede ser de utilidad para el tratamiento de las personas con trastornos de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad son entidades prevalentes con consecuencias negativas sobre la calidad de vida, el desempeño social, laboral y académico, el bienestar físico y la salud. El tratamiento de los pacientes con este tipo de trastorno puede llevarse a cabo mediante la administración de drogas antidepresivas, especialmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRNS) y los antidepresivos noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos (NaSSA). En estudios recientes se halló que los trastornos de ansiedad se asocian con la desincronización de los ritmos internos. En consecuencia, se sugiere que la normalización de dichos ritmos puede tener un efecto ansiolítico.

Los ritmos circadianos tienen origen en el núcleo supraquiasmático (NSQ) ubicado en el hipotálamo anterior. Este núcleo funciona como un reloj biológico que prepara el organismo para anticiparse a los cambios diarios del entorno. El agonismo de los receptores melatoninérgicos MT1 inhibe la descarga de las neuronas del NSQ, modula la amplitud de los ritmos circadianos y facilita la promoción del sueño. En cambio, la activación de los receptores MT2 está implicada en el entrenamiento de los ritmos circadianos. La agomelatina es un antidepresivo melatoninérgico que puede ser de utilidad para el tratamiento de los pacientes con trastornos de ansiedad.

La presente revisión se llevó a cabo con el objetivo de evaluar la información disponible sobre el papel de la melatonina para el tratamiento de los pacientes con trastornos de ansiedad.

Métodos

Se llevó a cabo una búsqueda de estudios sobre el empleo de agomelatina en pacientes con trastornos de ansiedad en las bases de datos Medline y PsycInfo/ Embase publicados desde 1998 hasta 2012.

Características de la agomelatina

La agomelatina es un agonista selectivo de los receptores MT1 y MT2 y un antagonista de los receptores serotoninérgicos 5HT2c. Tiene una vida media de aproximadamente dos horas y es metabolizada en el hígado gracias a la acción de las isoenzimas A1, A2 y 2C9 del citocromo P450 (CYP). Su metabolito principal tiene baja afinidad por los receptores melatoninérgicos. En la actualidad, la agomelatina se encuentra aprobada para el tratamiento de los pacientes con depresión mayor. Se recomienda monitorear la función hepática durante el tratamiento con agomelatina, ya que existe un riesgo de aumento del nivel de enzimas hepáticas.

El efecto antidepresivo de la agomelatina se vincula con la promoción del sueño y la acción cronobiótica mediada por la unión a los receptores MT1 y MT2 ubicados en el NSQ. Además, el bloqueo 5HT2c favorece la liberación de noradrenalina y dopamina a nivel cortical frontal. Dichas acciones resultan en la sincronización de los ritmos circadianos y de los patrones de sueño.

Fundamentos para el empleo de agomelatina en pacientes con trastornos de ansiedad

Las propiedades ansiolíticas de la agomelatina fueron observadas en diferentes estudios y se vincularían con la acción de la droga a nivel de los receptores 5HT2c, especialmente en la amígdala y el hipocampo. Además, dicho bloqueo se asocia con el aumento de los niveles de noradrenalina a nivel del hipocampo, lo cual incrementa la respuesta ansiolítica. También es posible que el efecto melatoninérgico de la agomelatina resulte en una acción ansiolítica. Según la información disponible, la secreción de melatonina es facilitada por el agonismo de los receptores beta adrenérgicos ubicados en la glándula pineal, los cuales se encuentran inervados por neuronas adrenérgicas sensibles al nivel de estrés. A su vez, el estrés y la ansiedad pueden aumentar la liberación de melatonina. Los resultados de diferentes estudios indicaron que la melatonina



Información adicional en www.siic.salud.com: otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.

disminuye la ansiedad, posiblemente mediante el aumento de la actividad de las vías gabaérgicas. Es necesario contar con más estudios al respecto.

Información disponible sobre el empleo de agomelatina en pacientes con trastornos de ansiedad

La disminución de los síntomas de ansiedad asociados con la depresión ante la administración de agomelatina suscitó la investigación de la utilidad de la droga en pacientes con trastornos de ansiedad, especialmente trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Según lo hallado en un estudio realizado en pacientes con TAG, el tratamiento con agomelatina en dosis de 25 a 50 mg/día se asocia con resultados significativamente superiores en comparación con la administración de placebo. La eficacia de la agomelatina tuvo lugar al evaluar los síntomas principales de la enfermedad, el nivel de insomnio y la incapacidad, se asoció con un buen perfil de tolerabilidad y no generó síntomas de abandono. Debe considerarse que la duración del estudio sólo fue de 12 semanas, lo cual indica la necesidad de contar con estudios a largo plazo para obtener conclusiones definitivas.

En un estudio reciente se evaluó la eficacia y la tolerabilidad de la agomelatina administrada con el fin de prevenir las recaídas en pacientes con TAG. En este caso, los pacientes que respondieron al tratamiento con 25 a 50 mg/día de agomelatina durante 16 semanas continuaron dicho tratamiento o recibieron placebo durante 26 semanas más. Según lo observado durante el período de mantenimiento, la administración de agomelatina se asoció con una disminución de las recaídas y fue bien tolerada. Además, la interrupción del tratamiento no generó síntomas de abandono.

El empleo de 50 mg/día de agomelatina en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) que no respondieron en forma adecuada a los ISRS permitió disminuir el puntaje en la *Yale Brown Obsessive Compulsive Scale* (YBOCS) en presencia de una alteración relevante del ritmo circadiano. En consecuencia, se plantea la posible utilidad de la agomelatina en pacientes con TOC resistente a los ISRS. Si bien dicho hallazgo se obtuvo en pocos pacientes, coincide con lo informado por diferentes autores. Otros informes de casos permiten sugerir que la agomelatina es beneficiosa para el tratamiento de los pacientes con trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social y trastorno por estrés posttraumático. De todos modos, la información disponible es limitada y heterogénea. Por último, la administración de agomelatina resultó bien tolerada y se asoció con la aparición de efectos adversos leves a moderados.

Conclusión

La agomelatina es una droga potencialmente útil para el tratamiento de los pacientes con trastornos de ansiedad, especialmente para lograr la remisión clínica. No obstante, el empleo de la droga no es tan frecuente como para obtener conclusiones definitivas al respecto. De acuerdo con los resultados obtenidos en pacientes

con TAG, la agomelatina es eficaz y no genera efectos adversos graves. Es necesario contar con estudios que permitan evaluar la utilidad de la agomelatina a largo plazo y su eficacia en pacientes con trastornos de ansiedad diferentes del TAG.

 Información adicional en www.sicisalud.com/dato/resiic.php/140718

2 - Síndrome de Klinefelter y Riesgo de Psicosis, Autismo y TDAH

Cederlöf M, Gotby A, Lichtenstein P y colaboradores

Karolinska Institutet, Estocolmo, Suecia

[*Klinefelter Syndrome and Risk of Psychosis, Autism and ADHD*]

Journal of Psychiatric Research 48(1):128-130, Ene 2014

El síndrome de Klinefelter es la anomalía más frecuente de los cromosomas sexuales. Su presencia se asociaría con un aumento del riesgo de padecer psicosis, trastornos del espectro autista y trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

La anomalía más frecuente de los cromosomas sexuales es el síndrome de Klinefelter y se observa en uno de cada 670 hombres. Esta enfermedad se caracteriza por la presencia de un cromosoma X adicional, con lo cual los pacientes presentan un cariotipo 47 XXY. Según la información disponible, los pacientes con síndrome de Klinefelter presentan una frecuencia superior de trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, los trastornos del espectro autista y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en comparación con la población general.

El presente estudio se llevó a cabo en una cohorte sueca con el objetivo de evaluar si los pacientes con síndrome de Klinefelter presentan una frecuencia elevada de esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos del espectro autista y TDAH.

Pacientes y métodos

Los autores consultaron la información incluida en el *National Patient Register* correspondiente a 860 pacientes que reunían los criterios para el diagnóstico de síndrome de Klinefelter incluidos en la décima Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). La presencia de esquizofrenia o trastorno bipolar se definió según la información aportada por el *National Patient Register*, en tanto que los trastornos del espectro autista se identificaron según la información incluida en dicho registro y en el *Clinical Register for Child and Adolescent Psychiatry in Stockholm County*. La identificación de los pacientes que presentaban TDAH tuvo lugar según la información incluida en el *National Patient Register*, en el *Prescribed Drug Register* y en el *Clinical Register for Child and Adolescent Psychiatry in Stockholm County*. El grupo control estuvo integrado por 86 000 individuos provenientes de la

población general, de características demográficas similares al grupo de pacientes, que no presentaban síndrome de Klinefelter.

Resultados

De acuerdo con el análisis llevado a cabo, los pacientes con síndrome de Klinefelter presentaron un riesgo 3.6 a 3.8 veces mayor de presentar esquizofrenia o trastorno bipolar en comparación con el grupo control. En cuanto a los trastornos del espectro autista y el TDAH, el síndrome de Klinefelter se asoció con un aumento del riesgo de 5.6 a 6.2 veces superior en comparación con el grupo control.

Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos y en coincidencia con lo informado en estudios anteriores, los pacientes con síndrome de Klinefelter presentaron un riesgo aproximadamente cuatro veces superior de esquizofrenia y trastorno bipolar en comparación con el grupo control. Asimismo, el riesgo de TDAH y trastornos del espectro autista fue casi seis veces superior en presencia de síndrome de Klinefelter en comparación con el grupo control. Lo antedicho permite indicar que los médicos deben considerar el diagnóstico de síndrome de Klinefelter en pacientes con trastornos del espectro autista o TDAH. El diagnóstico temprano de dicho síndrome permitirá aplicar estrategias para prevenir la aparición de trastornos psiquiátricos en el futuro.

Es posible que las anomalías del cromosoma X tengan un papel causal en cuanto al riesgo de esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos del espectro autista y TDAH. De todos modos, es necesario contar con más estudios efectuados en una cantidad superior de pacientes con el fin de corroborar la asociación entre el síndrome de Klinefelter y los trastornos psiquiátricos mencionados. La probabilidad de diagnósticos psiquiátricos puede ser superior en pacientes con síndrome de Klinefelter debido a la frecuencia de consultas médicas vinculadas con esta última entidad. No obstante, los diagnósticos psiquiátricos efectuados en la población evaluada generalmente precedieron el diagnóstico del síndrome de Klinefelter.

Conclusión

Los pacientes con síndrome de Klinefelter presentan un riesgo elevado de psicosis, trastornos del espectro autista y TDAH, en comparación con la población general. Por lo tanto, es posible que el cromosoma X esté implicado en la etiología de los trastornos psiquiátricos mencionados. Estos hallazgos tienen consecuencias sobre el tratamiento de los pacientes con síndrome de Klinefelter.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/141888

3 - Activación de la Amígdala y Dimensiones Sintomáticas en el Trastorno Obsesivo Compulsivo

Via E, Cardoner N, Harrison B y colaboradores

Bellvitge University Hospital-IDIBELL, Barcelona, España

[Amygdala Activation and Symptom Dimensions in Obsessive-Compulsive Disorder]

British Journal of Psychiatry 204(1):61-68, Ene 2014

Los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo presentan trastornos funcionales de la amígdala modulados por determinadas dimensiones sintomáticas. Esto puede resultar importante en términos de conceptualización y tratamiento de la enfermedad.

La información disponible sobre el papel de la amígdala respecto de la fisiopatología del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es escasa y heterogénea, aunque esa región cerebral está implicada en la neurobiología del miedo y la ansiedad. El TOC puede definirse en forma estable y sistemática en presencia de ciertas dimensiones sintomáticas. Los autores se propusieron evaluar la influencia de determinadas dimensiones sintomáticas sobre la función de la amígdala en pacientes con TOC evaluados mediante resonancia magnética funcional (RMNf) durante la aplicación de una prueba de procesamiento de imágenes de rostros con expresiones emocionales. Según los resultados de un estudio anterior, dicha prueba genera la hiperactivación de la amígdala en pacientes con TOC. Los autores propusieron que la función de la amígdala puede estar modulada en forma específica por cada dimensión sintomática en individuos con TOC. En segundo lugar se evaluó la influencia de cada dimensión sintomática sobre la actividad de las regiones cerebrales implicadas en el procesamiento de rostros con expresión de temor.

Pacientes y métodos

Participaron 67 adultos con TOC según los resultados de la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-IV). Todos recibían dosis estables de psicofármacos, con excepción de dos pacientes que habían interrumpido el tratamiento un mes antes, como mínimo. El criterio principal de valoración clínica fue la *Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (DY-BOCS). También se aplicó la *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS). El grupo control estuvo integrado por 67 individuos sanos.

La prueba de reconocimiento de emociones faciales consistió en la presentación de un rostro principal con expresión de temor o alegría y dos rostros adicionales. Los participantes debían indicar cuál de los rostros adicionales tenía la misma expresión emocional que el rostro principal. La prueba fue repetida en seis oportunidades consecutivas. Con el fin de evaluar el funcionamiento sensoriomotor se aplicó una prueba de concordancia de figuras. En cada prueba se evaluó la precisión y la latencia de respuesta.

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

La RMNf permitió comparar la actividad de las regiones de interés entre ambos grupos. Se analizó la región amigdalina, el volumen cerebral total y la asociación entre la gravedad de cada dimensión sintomática y la activación de la amígdala. Asimismo, se analizaron las asociaciones potenciales entre el puntaje total de las escalas DY-BOCS e Y-BOCS y la activación cerebral.

Resultados

Si bien ambos grupos respondieron con un nivel similar de precisión general, las características de la prueba tuvieron un efecto significativo sobre los resultados. La precisión disminuyó en presencia de rostros con expresión de temor en comparación con lo observado ante la exposición a rostros con expresión de alegría o a formas geométricas. Los tiempos de reacción de los pacientes con TOC fueron mayores que los del grupo control. Además, la exposición a rostros se asoció con tiempos de reacción más lentos en comparación con la exposición a formas, al igual que la exposición a rostros de temor en comparación con la exposición a rostros de alegría. No se hallaron correlaciones lineales significativas entre la gravedad de las dimensiones sintomáticas o del cuadro clínico en general y el resultado de las pruebas efectuadas.

La exposición a los rostros con expresión de temor se asoció con una activación amigdalina bilateral significativamente superior en comparación con la exposición a las formas geométricas en ambos grupos. También se observó una activación significativa de otras regiones implicadas en el reconocimiento de los rostros, como las cortezas visuales primaria y secundaria, la circunvolución fusiforme, el hipocampo y las cortezas cerebrales orbitofrontal y prefrontal lateral. El grupo de pacientes con TOC presentó un nivel de activación amigdalina bilateral significativamente superior en comparación con el grupo control. Los grupos difirieron significativamente al considerar la activación de las cortezas visual secundaria, insular anterior derecha, premotora y orbitofrontal derecha y de la circunvolución temporal media derecha. En todos los casos, la activación fue superior entre los pacientes con TOC.

Los autores observaron una correlación positiva significativa entre la gravedad sintomática y la activación de la amígdala en pacientes con TOC ante la exposición a rostros de temor. Dicha correlación no tuvo lugar ante la exposición a rostros con expresión de alegría. La gravedad de los síntomas predijo la activación de la amígdala derecha durante la prueba de concordancia de rostros con expresión emocional. Las asociaciones observadas fueron significativas al tener en cuenta la comorbilidad con la ansiedad y la depresión.

La gravedad de los síntomas de agresividad y comprobación se correlacionó en forma positiva con la activación de la corteza cingulada anterior dorsal y en forma negativa con la activación de la circunvolución temporal media inferior posterior.

Además, la gravedad de los síntomas sexuales y religiosos se correlacionó en forma positiva con la activación de la corteza premotora izquierda y en forma negativa con la activación de las cortezas visuales y la circunvolución fusiforme derecha. Por último, se halló una correlación negativa entre el puntaje total de las escalas DY-BOCS o Y-BOCS y la activación de las cortezas visuales.

Discusión

Los resultados obtenidos permiten indicar una modulación selectiva de la función amigdalina en pacientes con TOC en presencia de síntomas de agresividad y comprobación o asociados con la sexualidad y la religiosidad. Es posible que la alteración del circuito de procesamiento de rostros con expresión de temor resulte importante para el mantenimiento de los síntomas vinculados con la agresión, la sexualidad y la religiosidad en pacientes con TOC. Dada la asociación entre los trastornos de ansiedad y la disfunción de los circuitos amigdalinos vinculados con el miedo, se propone que las dimensiones sintomáticas mencionadas pueden presentar coincidencias biológicas con otros trastornos de ansiedad.

La gravedad de los síntomas de agresión, comprobación, sexualidad y religiosidad tuvo un efecto modulador sobre diferentes áreas de la amígdala extendida y predijo la activación de regiones cerebrales relevantes. Por ejemplo, la gravedad de los síntomas de agresividad y comprobación predijo la activación de la amígdala y de la corteza cingulada anterior. Ambas estructuras están implicadas en el procesamiento de estímulos relacionados con el miedo, así como en otras funciones relevantes como la conciencia interoceptiva y la activación emocional. Es posible que los individuos con tendencia ansiosa presenten una desregulación del circuito neural implicado en la ansiedad, la preocupación y la conducta evitativa.

Mientras que los síntomas vinculados con la sexualidad y la religiosidad se correlacionaron con la activación de la amígdala centromedial, los síntomas de agresividad y comprobación se correlacionaron con la activación de la región amigdalina basal. Es posible que exista cierto nivel de especialización funcional en la amígdala. La presencia de síntomas vinculados con la sexualidad y la religión se correlacionó con la activación de la corteza premotora. Dicha activación sería relevante en presencia de trastornos funcionales amigdalinos.

La gravedad de los síntomas vinculados con la sexualidad y la religiosidad se asoció en forma negativa con la activación de áreas cerebrales relacionadas con la percepción visual. Además, la gravedad de los síntomas de agresividad y comprobación presentó una asociación negativa con la activación de la circunvolución temporal media. Los puntajes de gravedad obtenidos ante la aplicación de las escalas DY-BOCS e Y-BOCS también se correlacionaron en forma negativa con la actividad de la corteza visual primaria y de la región intraparietal.

Puede sugerirse que la gravedad del TOC influye sobre la actividad de regiones de procesamiento visual. Dicha modulación influiría sobre la función de la amígdala.

Conclusión

Los pacientes con TOC presentan trastornos funcionales de la amígdala modulados por determinadas dimensiones sintomáticas. Esto puede resultar importante en términos de conceptualización y tratamiento del TOC. Las dimensiones sintomáticas del TOC serían fenotipos clínicos válidos desde el punto de vista neurobiológico que deberían evaluarse en el futuro. Además, existirían dimensiones sintomáticas más cercanas a otros trastornos de ansiedad desde el punto de vista biológico. Es necesario evaluar la relevancia de los procesos neurales implicados en la fisiopatología de los trastornos de ansiedad en caso de TOC.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resic.php/141025

4 - Neurobiología de la Anorexia Nerviosa: Una Revisión Sistemática

Phillipou A, Rossel S, Castle D

University of Melbourne, Melbourne, Australia

[The Neurobiology of Anorexia Nervosa: A Systematic Review]

Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 48(2): 128-152, Feb 2014

La anorexia nerviosa es un trastorno de la alimentación con características neurobiológicas particulares, algunas de las cuales se revierten una vez recuperado el peso corporal. Conocerlas permitirá crear estrategias terapéuticas más eficaces en comparación con las opciones disponibles en la actualidad.

Se estima que la prevalencia anual de anorexia nerviosa en la población femenina es del 0.4%, en tanto que la prevalencia hallada en hombres es diez veces menor. Esta enfermedad psiquiátrica es grave y tiene un índice elevado de recaídas y de morbimortalidad. Hasta el momento no se cuenta con información precisa sobre las causas de la anorexia nerviosa y muchos pacientes no responden al tratamiento en forma adecuada.

La presente revisión sistemática se llevó a cabo con el objetivo de evaluar la información disponible sobre la neurobiología de la anorexia nerviosa.

Métodos

Los autores realizaron una búsqueda de información en las bases de datos electrónicas PubMed y Google

Scholar y efectuaron una selección manual de estudios incluidos en listas de referencias y publicaciones sobre los trastornos de la alimentación. Como resultado de la búsqueda efectuada se incluyeron 29 publicaciones sobre las características estructurales y 81 trabajos acerca de las características funcionales de la anorexia nerviosa.

Resultados

En general, se considera que los cambios cerebrales estructurales observados en los pacientes con anorexia nerviosa se deben a los efectos de la mala nutrición y la inanición. Los hallazgos observados incluyen el agrandamiento de los surcos corticales, los ventrículos y la cizura interhemisférica y los cambios distróficos. Estos últimos se correlacionaron con el descenso ponderal y fueron revertidos ante la mejoría del cuadro clínico. También se informó el agrandamiento de los espacios ocupados por el líquido cefalorraquídeo (LCR) extracerebral, el aumento del volumen total de LCR y la disminución del volumen de las sustancias gris y blanca. La recuperación del peso corporal se asoció con un aumento del volumen del LCR, en tanto que el déficit de sustancia gris persistió a pesar de la mejoría.

Los pacientes con anorexia nerviosa presentaron una disminución del tamaño de la glándula hipófisis y del volumen de la amígdala, el hipocampo, el putamen y diferentes regiones corticales. También se informó una disminución del volumen del núcleo caudado y de la sustancia gris del cerebelo, el precúneo, la corteza frontal, cingulada y parietal y el hipotálamo. La atrofia del hipocampo sería más evidente entre los pacientes con una enfermedad de evolución más breve en comparación con lo observado en aquellos con un cuadro de duración más prolongada. En cambio, este último grupo presentaría una afectación cerebelosa más acentuada. La anorexia nerviosa también se asoció con una disminución marcada del tamaño mesencefálico a pesar de la recuperación del peso corporal.

La realización de estudios mediante imágenes con tensor de difusión (DTI) permitió apreciar una disminución de la integridad de la sustancia blanca en presencia de anorexia nerviosa, aunque la información disponible al respecto es heterogénea.

Los estudios funcionales llevados a cabo en pacientes con anorexia nerviosa indicaron una disminución significativa del nivel de serotonina y su metabolito principal, el ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el LCR. La recuperación clínica se asoció con un aumento significativo de los niveles de 5-HIAA en comparación con lo observado en individuos sanos. También se informó una asociación entre la anorexia nerviosa y el aumento de la concentración de receptores 5-HT_{1A} en las regiones subgenual, mesial temporal, orbitofrontal, temporal lateral, prefrontal y parietal, así como en el rafe y en la corteza cingulada anterior. En cambio, la recuperación clínica se asoció con una disminución de la concentración de receptores 5-HT_{2A} y un aumento de la concentración

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

de receptores 5-HT1A. De todos modos, la información al respecto es heterogénea, ya que otros autores hallaron una disminución significativa de la concentración de receptores 5-HT2A en diferentes áreas corticales de los pacientes con anorexia nerviosa en comparación con los individuos sanos.

El sistema dopaminérgico participa en la fisiopatología de la anorexia nerviosa. El metabolito principal de la dopamina (DA) en los seres humanos es el ácido homovanílico (HVA) y su concentración se encontró disminuida en el LCR de los pacientes con anorexia nerviosa. La recuperación del peso se asoció con la normalización de dicha concentración, aunque la información al respecto es heterogénea y difiere según el tipo de anorexia nerviosa considerado. Otros autores hallaron una asociación entre la anorexia nerviosa y la disminución de la concentración intrasináptica de DA o el aumento de la densidad de receptores D2 y D3. Dicho hallazgo se vincularía con la alteración del circuito de recompensa. Además, la anorexia nerviosa se asoció con la modificación de la sensibilidad de los receptores D2 ante la liberación de hormona de crecimiento. Los neuropéptidos intervienen en la modulación de la conducta alimentaria. En coincidencia, los pacientes con anorexia nerviosa presentaron anomalías vinculadas con diferentes neuropéptidos como los opioides, la oxitocina, el neuropéptido Y y la leptina. Dichos trastornos se normalizaron en pacientes que lograron recuperar su peso corporal.

Los estudios realizados mediante tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) indicaron una asociación entre la anorexia nerviosa y el aumento o la disminución de la perfusión en diferentes regiones cerebrales. Por ejemplo, se informó una hipoperfusión en las regiones frontal, parietal y frontotemporal, que se normalizó al recuperar el peso corporal. Otros autores hallaron hipoperfusión en los lóbulos temporal, frontal y parietal y en el núcleo caudado y las cortezas prefrontal medial, cingulada anterior y posterior, el tálamo, la amígdala y el hipocampo, entre otras regiones. La normalización de los cambios del flujo sanguíneo cerebral regional observados en los pacientes con anorexia nerviosa en estado de reposo una vez recuperado el peso corporal fue variable y la información disponible al respecto es heterogénea.

En los estudios realizados mediante tomografía por emisión de positrones (PET) se obtuvieron resultados similares a los obtenidos en los trabajos realizados mediante SPECT. La anorexia nerviosa se asoció con un hipometabolismo cerebral global y con un hipometabolismo glucémico relativo en determinadas regiones corticales, especialmente frontales y parietales. Dichos trastornos se normalizaron ante la recuperación del peso corporal. También se informó un aumento del metabolismo en la corteza frontal inferior y los ganglios basales en pacientes con anorexia nerviosa, en comparación con los individuos sanos. Otro hallazgo de interés fue el aumento del metabolismo glucémico en los núcleos caudado y

el putamen en pacientes con anorexia nerviosa, en comparación con lo observado en presencia de bulimia nerviosa. La remisión se asoció con la normalización del metabolismo glucémico.

La resonancia magnética nuclear funcional (RMNf) permitió apreciar un aumento de la actividad de la ínsula izquierda, la corteza cingulada anterior y la región de la amígdala y el hipocampo en pacientes con anorexia nerviosa ante la ingesta de bebidas hipercalóricas, en comparación con la ingesta de bebidas hipocalóricas y con el grupo control. Otros autores solicitaron a los pacientes que imaginaran la ingesta de alimentos y la utilización de determinados objetos que fueron presentados mediante imágenes. Los ítems correspondientes a los alimentos generaron un aumento de la actividad del cerebelo, la corteza visual izquierda, la corteza prefrontal dorsolateral y el lóbulo parietal en los individuos con anorexia nerviosa de tipo restrictivo. También se observó un aumento de la actividad del cerebelo y de la corteza motora suplementaria ante la exposición a ítems correspondientes a alimentos en sujetos con anorexia nerviosa de tipo purgativo.

Existen estudios sobre la actividad cerebral dependiente del nivel de oxigenación sanguínea en respuesta a la exposición a imágenes de alimentos o de objetos diferentes de los alimentos efectuados en personas con anorexia nerviosa. Los resultados obtenidos indicaron una disminución de la actividad del hipotálamo, la amígdala y la ínsula anterior entre los pacientes, en comparación con los individuos sanos ante la exposición a imágenes de alimentos hipercalóricos. Además, los pacientes con anorexia nerviosa presentaron un aumento de la actividad del hipocampo y de la corteza orbitofrontal. Luego de la ingesta de alimentos, los sujetos con anorexia nerviosa activa presentaron una disminución de la actividad de la amígdala y de la ínsula izquierda, en tanto que los pacientes que habían logrado la recuperación ponderal y los individuos sanos no presentaron dicha disminución. También se observaron diferencias de activación cerebral en personas con anorexia nerviosa expuestas a palabras negativas vinculadas con las relaciones interpersonales. En dichas situaciones se observó un aumento de la activación de la ínsula izquierda y de las circunvoluciones temporal superior derecha y frontal inferior, en comparación con los individuos sanos. Asimismo, en otro estudio se informó que los pacientes con anorexia nerviosa expuestos a palabras vinculadas con la imagen corporal presentaron un aumento de la activación de la ínsula izquierda, de los lóbulos frontal y temporal y de la circunvolución frontal medial. Puede concluirse que los sujetos con anorexia nerviosa procesan las palabras vinculadas con la imagen corporal en forma diferente en comparación con los individuos sanos, ya que la activación de las regiones cerebrales vinculadas con el desempeño ejecutivo aumenta ante las palabras relacionadas con la delgadez y disminuye ante la exposición a palabras vinculadas con el sobrepeso. Algunos autores evaluaron la actividad cerebral de los pacientes con

anorexia nerviosa en respuesta a imágenes corporales de otros individuos y observaron una disminución de la actividad de la corteza cingulada anterior y un aumento de la actividad de la ínsula derecha y la corteza premotora. Asimismo, en individuos con anorexia nerviosa expuestos a imágenes de su propio cuerpo se observó una disminución de la actividad de la circunvolución frontal, la ínsula, el precúneo y las regiones occipitales, en comparación con lo observado en individuos sanos.

En estudios efectuados mediante RMNf durante la realización de pruebas cognitivas con demanda inhibitoria elevada, los pacientes con anorexia nerviosa presentaron una disminución de la actividad de la corteza prefrontal, en comparación con el grupo control. En cuanto a la memoria de trabajo verbal, se sugirió que las personas con anorexia nerviosa no presentan trastornos, en comparación con los individuos sanos. En cambio, la anorexia nerviosa se asoció con un desempeño desfavorable y con un aumento de la activación de la circunvolución fusiforme ante la realización de pruebas de procesamiento visuoespacial. Por último, algunos autores señalaron que los pacientes con anorexia nerviosa presentan dificultades a la hora de realizar pruebas que requieren un cambio de la respuesta conductual. En dichos casos se observó una alteración de la función frontal-estriatal-talámica.

Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos en la presente revisión, la anorexia nerviosa se asocia con cambios cerebrales estructurales y funcionales. Algunos de dichos cambios pueden revertirse al recuperar el peso corporal, en tanto que otros persisten a pesar de la recuperación clínica. Desde el punto de vista estructural, la anorexia nerviosa se asoció con un agrandamiento de los surcos corticales y de los ventrículos cerebrales y con un déficit de volumen de las sustancias gris y blanca. Luego de la recuperación del peso corporal se observó la persistencia de la disminución del volumen de la sustancia gris. No se cuenta con información concluyente sobre la modificación del volumen de la sustancia blanca luego de la recuperación.

Los estudios realizados mediante DTI permiten sugerir que la anorexia nerviosa se asocia con una disminución de la integridad de la sustancia blanca en diferentes regiones cerebrales, aunque es necesario contar con más información al respecto. También se informó un déficit de sustancia gris, especialmente en regiones límbicas implicadas en el procesamiento emocional, como la amígdala, el hipocampo y la corteza cingulada. Otra región con déficit de sustancia gris en caso de anorexia nerviosa

es el putamen, área implicada en los procesos de aprendizaje y la regulación de la neurotransmisión dopaminérgica.

La anorexia nerviosa se asoció con un déficit de la función dopaminérgica. A su vez, la dopamina está implicada en la conducta alimentaria, la motivación, el refuerzo de la conducta y el circuito de recompensa. El déficit de la función serotoninérgica también tuvo lugar en pacientes con anorexia nerviosa y se vincularía con la aparición de síntomas obsesivos y de ansiedad y con la presencia de trastornos del control de impulsos, la atención, el estado de ánimo y la inhibición. Además, la serotonina participa en la modulación de la conducta alimentaria.

Los estudios realizados mediante SPECT permitieron observar una disminución de la perfusión de diferentes regiones cerebrales en pacientes con anorexia nerviosa. Asimismo, la realización de PET indicó una disminución generalizada del metabolismo glucémico que puede normalizarse ante la recuperación ponderal. Los estudios realizados mediante RMNf indicaron una asociación entre la anorexia nerviosa y la alteración de la función de regiones cerebrales como las cortezas insular y cingulada. La corteza cingulada participa en procesos relacionados con la motivación, la conducta dirigida a objetivos y el procesamiento emocional, en tanto que la ínsula interviene en el procesamiento emocional, principalmente de la emoción de disgusto. En coincidencia, la anorexia nerviosa se asoció con una dificultad para el reconocimiento de dicha emoción.

La escasez de estudios y las limitaciones metodológicas impiden la obtención de conclusiones definitivas sobre la neurobiología de la anorexia nerviosa. Es necesario contar con estudios adicionales con el fin de obtener información sobre las características de los pacientes antes de presentar la enfermedad. Asimismo, sería útil contar con estudios realizados mediante otros métodos diagnósticos como el electroencefalograma o mediante técnicas de diagnóstico por imágenes más sofisticadas. También es importante la realización de investigaciones sistemáticas que incluyan una cantidad elevada de pacientes. La comprensión de los mecanismos implicados en la aparición y el mantenimiento de la enfermedad permitirá crear estrategias terapéuticas más efectivas en comparación con las opciones disponibles en la actualidad.

Conclusión

La anorexia nerviosa se asocia con características cerebrales estructurales y funcionales, algunas de las cuales se revierten ante la recuperación del peso corporal. Dichas características resultan importantes para la comprensión de la neurobiología de la enfermedad. Es necesario contar con investigaciones adicionales al respecto con el fin de crear estrategias terapéuticas más efectivas que las disponibles en la actualidad.



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



Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/resiic.php/141905

5 - Empleo de Antipsicóticos Atípicos para el Tratamiento de la Agresividad Patológica en Niños y Adolescentes: Revisión de la Literatura y Recomendaciones Clínicas

Teixeira E, Jacintho A, Dalgalarondo P

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil

[*Atypical Antipsychotics in the Treatment of Pathological Aggression in Children and Adolescents: Literature Review and Clinical Recommendations*]

Trends in Psychiatry and Psychotherapy 35(3):151-159, Jul 2013

Los antipsicóticos atípicos son drogas útiles para el tratamiento de los niños y adolescentes que presentan síntomas de agresividad asociados con diferentes trastornos. No obstante, es necesario contar con estudios que permitan obtener información concluyente sobre su empleo.

La agresividad patológica es un síntoma asociado con diferentes trastornos psiquiátricos observados en niños y adolescentes cuya presencia motiva numerosas consultas en los servicios de emergencia. Desde el punto de vista neurobiológico, la impulsividad y la agresividad se vinculan con el desequilibrio entre los mecanismos prefrontales de control descendente y los estímulos procedentes del sistema límbico. Estos últimos son mediados por los sistemas de neurotransmisión sobre los cuales actúan los psicofármacos.

La agresividad aparece como resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y ambientales. Si bien un entorno favorable puede, en cierta medida, contrarrestar las características biológicas, estas últimas deben ser tratadas para disminuir la probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos graves. El tratamiento de los pacientes con agresividad puede tener lugar mediante el abordaje de la enfermedad psiquiátrica subyacente o mediante la aplicación de estrategias destinadas a disminuir el síntoma. Entre las drogas administradas a los niños y adolescentes con agresividad se incluyen los antipsicóticos atípicos.

El presente estudio se llevó a cabo con el objetivo de evaluar la información disponible sobre el empleo de antipsicóticos atípicos para el tratamiento de los niños y adolescentes con agresividad impulsiva y afectiva.

Métodos

Los autores realizaron una búsqueda de información en las bases de datos Medline, Scielo y Lilacs. La búsqueda resultó en la inclusión de 67 artículos correspondientes a estudios aleatorizados y controlados con placebo, informes de casos y revisiones.

Resultados

De acuerdo con la información analizada, los abordajes psicológicos y educativos deben ser aplicados en primer lugar y continuados más allá de la administración de psicofármacos. Este tratamiento debería dirigirse, en una primera instancia, a la entidad subyacente. Además, se recomienda que, en la medida

de lo posible, los pacientes reciban una sola droga. En ausencia de resultados terapéuticos favorables puede ser útil la aplicación de abordajes específicos para la resolución de la agresividad.

A la hora de definir el tratamiento farmacológico es importante tener en cuenta la farmacocinética y la farmacodinamia de las drogas. Si bien el tratamiento con antipsicóticos atípicos es frecuente en niños y adolescentes, en el momento de realización del presente estudio sólo se contaba con cuatro antipsicóticos atípicos aprobados por la *Food and Drug Administration* (FDA) para administrar a la población pediátrica. De todos modos, en la práctica clínica se emplean antipsicóticos adicionales que resultan seguros y efectivos.

Los antipsicóticos atípicos deberían ser las primeras drogas a administrar ante el fracaso de las estrategias terapéuticas no farmacológicas en presencia de agresividad en niños y adolescentes. Si bien estos fármacos brindan ventajas en comparación con los agentes típicos en términos de efectos adversos extrapiramidales, se recomienda precaución debido a los riesgos metabólicos y endocrinos asociados con su administración. Dado que no se halló una diferencia significativa de eficacia clínica entre los antipsicóticos atípicos, la elección de la droga a administrar debería tener lugar sobre la base de la tolerabilidad, los eventos adversos y las interacciones farmacológicas potenciales.

La información incluida en las *Treatment Recommendations for the Use of Antipsychotics for Aggressive Youth* (TRAAY) indica que el tratamiento debe iniciarse con dosis bajas, que se aumentarán en forma gradual hasta alcanzar el efecto terapéutico deseado. La risperidona debe emplearse en dosis menores que las necesarias para controlar otros síntomas psiquiátricos, en tanto que la clozapina se emplea en dosis similares en presencia de agresividad u otros síntomas psiquiátricos. Es importante tener presente la posibilidad de eventos adversos ante la administración de antipsicóticos atípicos. Esto incluye la evaluación periódica del estado clínico de los pacientes, así como la realización de análisis de laboratorio y electrocardiogramas.

Risperidona

De acuerdo con los resultados obtenidos en estudios realizados en niños y adolescentes, la risperidona es una droga eficaz y bien tolerada para el tratamiento de la agresividad. Los eventos adversos más frecuentes de la risperidona incluyen los mareos, las cefaleas y el aumento ponderal. La administración de 1.5 mg/día se asoció con el control sintomático luego de 3 a 4 semanas y fue efectiva durante un período de seguimiento de seis meses en comparación con la administración de placebo. La evaluación de la seguridad del tratamiento con risperidona a largo plazo indicó la ausencia de alteración del crecimiento y la maduración. No obstante, se observaron cambios en los niveles de prolactina. De hecho, el aumento del nivel de prolactina asociado con la administración de risperidona

fue mayor, en comparación con lo observado ante el empleo de otros antipsicóticos atípicos.

Olanzapina

La administración de olanzapina resultó efectiva para controlar la irritabilidad en adolescentes con trastornos de conducta disruptiva, aunque el aumento ponderal que generó la droga resultó en la interrupción del tratamiento en algunos casos. También se informó la eficacia de la olanzapina en adolescentes con trastorno disocial. En este caso, se observó aumento ponderal y sedación. Dichos hallazgos coincidieron con lo observado en pacientes autistas con agresividad. La formulación intramuscular de olanzapina resulta segura y eficaz en adultos con agresividad. Es necesario contar con información sobre el empleo de dicha formulación en niños y adolescentes.

Quetiapina

En una investigación realizada con niños con trastorno disocial y agresividad moderada se observó la eficacia y la tolerabilidad adecuadas de la quetiapina. Los eventos adversos más frecuentes de la droga fueron la fatiga y el aumento ponderal. En otro estudio llevado a cabo con adolescentes agresivos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno disocial se observó una mejoría ante el agregado de quetiapina al tratamiento con metilfenidato. La información disponible sobre la utilidad de la quetiapina para el tratamiento de los pacientes autistas con agresividad es heterogénea. La droga mejoró el cuadro clínico con una frecuencia baja. Los efectos adversos más frecuentes en dichos pacientes fueron los mareos y el aumento ponderal.

Ziprasidona

La administración de ziprasidona a niños autistas se asoció con una disminución de la agresividad, la agitación y la irritabilidad en la mitad de los casos. El efecto adverso más frecuente fue la sedación. La disponibilidad de ziprasidona en formulación intramuscular de acción inmediata resulta potencialmente útil para el control de la agresividad, aunque no se cuenta con información sobre su empleo en la población pediátrica.

Aripiprazol

La administración de aripiprazol a niños y adolescentes autistas disminuyó la agresividad, la agitación y la irritabilidad. En algunos casos se observó sedación, en tanto que los efectos sobre el peso corporal fueron heterogéneos. Dichos hallazgos coincidieron con lo observado en niños con retraso mental.

Clozapina

La administración de clozapina se asocia con un riesgo de agranulocitosis que limita su empleo e implica la necesidad de realizar análisis de laboratorio en forma regular. En niños y adolescentes con esquizofrenia, la clozapina permitió controlar la agresividad ante la

ausencia de respuesta a otras drogas antipsicóticas. La clozapina también disminuyó la agresividad en pacientes con autismo refractario a otros tratamientos. Los efectos adversos más frecuentes fueron los mareos, la constipación, el aumento ponderal y la hipersalivación. Es posible que los niños tengan un riesgo mayor de agranulocitosis en comparación con los adultos. En cambio, la clozapina sería más segura que otros antipsicóticos en términos de aumento del nivel de prolactina. De acuerdo con las recomendaciones vigentes, la administración de clozapina a niños y adolescentes con esquizofrenia y trastorno bipolar que presentan agresividad sólo debe tener lugar ante la falta de respuesta a otros tratamientos. De todos modos, aún no se cuenta con aprobación para dicha indicación.

Discusión

El diagnóstico y tratamiento de los niños y adolescentes con agresión patológica representa un desafío para los profesionales. Desafortunadamente, hasta el momento no se cuenta con información suficiente y estudios adecuados al respecto. De todos modos, es posible obtener algunas conclusiones. El empleo de psicofármacos es necesario, especialmente en los casos de mayor gravedad, y la creación de drogas modernas y seguras permite llevar a cabo el tratamiento. Debe tenerse en cuenta que la agresividad en niños y adolescentes puede generar el daño de los pacientes y sus allegados, así como aumentar el riesgo de trastornos psiquiátricos graves durante la vida adulta.

Los antipsicóticos atípicos son agentes seguros para el tratamiento de los niños y adolescentes que presentan agresividad asociada con entidades como la esquizofrenia y el autismo. No obstante, es necesario contar con estudios adicionales con el fin de obtener más información sobre la seguridad de dicho tratamiento. Los efectos adversos metabólicos son especialmente importantes e implican la necesidad de administrar los antipsicóticos atípicos en forma cautelosa y aplicar estrategias de vigilancia clínica y de laboratorio para prevenir la evolución desfavorable de los pacientes.

Las drogas evaluadas en la presente revisión resultaron efectivas para el tratamiento de los niños y adolescentes con agresividad. Dada la falta de diferencias entre las drogas en términos de potencia, la elección del agente a administrar debería tener lugar según el perfil de tolerabilidad. Lo antedicho no es válido para la clozapina, ya que tiene un perfil de acción y efectos adversos específico que merece investigaciones adicionales. Si bien la clozapina no fue aprobada por la FDA para el tratamiento de los niños y adolescentes, la información disponible permite destacar su papel para el control de la agresividad grave en dicho grupo etario.

Conclusión

La información disponible sobre el empleo de antipsicóticos atípicos en la población pediátrica con agresividad es limitada. Es necesario contar con estudios

realizados en poblaciones numerosas de pacientes con diferentes entidades que permitan confirmar los hallazgos obtenidos hasta el momento y evaluar los efectos de las drogas a largo plazo.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/141908

6 - Estado de Salud de los Adultos con Antecedentes de Victimización por Acoso Escolar durante la Infancia: Información Obtenida de una Cohorte Evaluada en forma Longitudinal durante Cinco Décadas

Takizawa R, Maughan B, Arseneault L

University of Tokyo Graduate School of Medicine, Tokio, Japón; King's College London, Londres, Reino Unido

[Adult Health Outcomes of Childhood Bullying Victimization: Evidence from a Five-Decade Longitudinal British Birth Cohort]

American Journal of Psychiatry 1-18, Abr 2014

La victimización provocada por el acoso escolar durante la infancia puede afectar el bienestar y favorecer la aparición de trastornos mentales como la ansiedad, la depresión, la autoagresión, la tendencia suicida y los síntomas psicóticos durante etapas posteriores de la vida.

El antecedente de victimización por acoso escolar durante la infancia puede afectar el bienestar y favorecer la aparición posterior de trastornos mentales como la ansiedad, la depresión, la autoagresión, la tendencia suicida y los síntomas psicóticos. No obstante, no se cuenta con información suficiente sobre las consecuencias a largo plazo del acoso escolar durante la infancia. Según lo informado, entre las niñas victimizadas durante la infancia se registran índices elevados de intento de suicidio y de suicidio consumado al llegar a los 25 años. En cuanto a los varones, se observó una asociación entre el antecedente de acoso escolar y el aumento de la frecuencia de trastornos de ansiedad entre los 18 y los 23 años. Otros autores hallaron un aumento de los índices de depresión y ansiedad en adultos jóvenes con antecedentes de acoso escolar durante la infancia. Hasta el momento no se identificaron estudios sobre la persistencia de los efectos del acoso escolar más allá de la adultez joven.

El presente estudio se llevó a cabo con el objetivo de conocer las consecuencias del acoso escolar durante la infancia en una cohorte británica evaluada en forma prospectiva durante 50 años. Los autores analizaron la asociación entre el acoso escolar durante la infancia y los diagnósticos psiquiátricos y el desempeño cognitivo a los 45 y a los 50 años, respectivamente. También se evaluaron indicadores socioeconómicos y de desempeño social y bienestar a los 50 años. Por último, se compararon las consecuencias del acoso escolar frente a las consecuencias de otras situaciones adversas durante la infancia.

Pacientes y métodos

Se analizó la información obtenida en el *National Child Development Study*, un estudio de cohortes iniciado en 1958 que incluyó la recolección de información sobre el 98% de los nacimientos que tuvieron lugar durante una semana en Inglaterra, Escocia y Gales. Si bien los 18 558 integrantes de la cohorte fueron evaluados a los 7, 11, 16, 23, 33, 42, 45 y 50 años, en el presente estudio se analizó la información obtenida a los 7, 11, 23, 45 y 50 años de edad.

La exposición al acoso escolar fue evaluada mediante entrevistas realizadas a los padres cuando los participantes tenían 7 y 11 años. La información obtenida en ambas oportunidades de evaluación fue analizada en forma conjunta con el fin de crear un indicador de exposición al acoso escolar durante la infancia. Este indicador incluyó los niveles 0, 1 y 2, correspondientes a la ausencia de acoso escolar, al acoso escolar ocasional y al acoso escolar frecuente, respectivamente.

Los factores potenciales de confusión evaluados durante la infancia incluyeron el cociente intelectual, los trastornos conductuales de externalización e internalización, el nivel social familiar y las situaciones adversas. Además, se efectuó una evaluación retrospectiva cuando los participantes tenían 45 años mediante un cuestionario destinado a recabar información sobre las adversidades vividas durante la infancia.

Los criterios de valoración evaluados durante la vida adulta incluyeron el distrés psicológico, valorado mediante el *Malaise Inventory* y la ansiedad y la depresión valoradas mediante la *Revised Clinical Interview Schedule*. También se evaluaron los rasgos suicidas y la dependencia de alcohol y el estado general de salud. A los 50 años, los participantes fueron examinados con el fin de conocer el desempeño cognitivo y ciertas características sociodemográficas como el nivel educativo, el estado civil, el empleo, el nivel económico y las relaciones y el apoyo social. Finalmente se valoró la calidad de vida y la satisfacción personal.

El nivel de participación a los 7 y a los 11 años fue del 92%. En cambio, el porcentaje de participantes de 23, 45 y 50 años fue 76%, 78% y 61%, respectivamente.

Resultados

El acoso escolar infantil fue relativamente frecuente. Según los resultados obtenidos, el 28% de los niños habían estado expuestos al acoso escolar en forma ocasional, en tanto que el 15% eran victimizados en forma más frecuente. El acoso escolar durante la infancia se asoció con el sexo masculino. Además, los niños victimizados generalmente tenían padres con ocupaciones manuales que no estaban muy implicados en la crianza. La evaluación retrospectiva indicó una asociación entre el acoso escolar y el antecedente de dos o más situaciones adversas durante la infancia. El acoso escolar también se asoció con una disminución

del cociente intelectual y con un índice elevado de problemas de internalización y externalización.

El antecedente de acoso escolar durante la infancia se asoció con un estado de salud desfavorable durante la vida adulta. Por ejemplo, los adultos con antecedente de acoso escolar ocasional o frecuente presentaron un nivel elevado de distrés psicológico a los 23 y a los 50 años. El acoso escolar frecuente también se asoció con un aumento del riesgo de depresión, ansiedad y suicidio a los 45 años. Además, los niños victimizados en forma ocasional presentaron un riesgo elevado de depresión. En cambio, no se observó una asociación entre el acoso escolar y la dependencia del alcohol. El aumento del riesgo de trastornos mentales en adultos con antecedentes de acoso escolar durante la infancia coincidió con los riesgos observados en individuos que habían sufrido un nivel elevado de situaciones adversas durante la infancia. Además, el acoso escolar durante la infancia se asoció con la alteración del estado de salud a los 23 y a los 50 años y con la disfunción cognitiva a los 50 años. La asociación entre el acoso escolar durante la infancia y el estado de salud durante la vida adulta tuvo lugar al considerar el cociente intelectual, el nivel socioeconómico, el compromiso de los padres con la crianza y los problemas de internalización y externalización durante la infancia.

Las consecuencias del acoso escolar durante la infancia no sólo tuvieron lugar en la adultez. En cambio, los niños victimizados con frecuencia presentaron niveles educativos inferiores durante la juventud. Las relaciones sociales y el bienestar durante la vida adulta también se vieron afectados por el acoso escolar durante la infancia. Asimismo, el antecedente de acoso escolar se asoció con una disminución de la calidad de vida y de la satisfacción con la vida a los 50 años.

Discusión

Los resultados obtenidos permiten indicar que el acoso escolar durante la infancia se asocia con afección de la salud mental, física y cognitiva en la vida adulta. Dicha asociación tuvo lugar aun al considerar factores como los problemas de internalización y externalización y la exposición a otras formas de adversidad durante la infancia. Otras consecuencias del acoso escolar durante la infancia fueron las dificultades sociales y económicas y la disminución de la calidad de vida durante la adultez. Puede afirmarse que luego de 40 años de haber sufrido acoso escolar los individuos presentaron secuelas negativas. Es necesario contar con estudios adicionales que permitan evaluar el acoso escolar en pacientes con otras formas de abuso infantil e identificar los mecanismos que provocan consecuencias adversas durante la vida adulta.

Las consecuencias del acoso escolar tienen lugar sobre diferentes esferas de la vida de los individuos. De hecho, los resultados obtenidos en el presente estudio indicaron las consecuencias negativas del acoso escolar sobre la salud mental y el desempeño social y económico, así como sobre el desempeño cognitivo. Hasta el momento se desconocen los

mecanismos responsables de esta asociación, aunque es posible que tengan que ver con la relación entre el maltrato y los trastornos cognitivos o el envejecimiento temprano. También se propone que el distrés no tratado durante la infancia puede ser un precursor de la ansiedad y la depresión durante la vida adulta. Asimismo, el acoso escolar puede favorecer el abuso por parte de los pares o los adultos y, de esta manera, instalar un ciclo que se perpetúa a medida que transcurre el tiempo.

Entre las limitaciones del presente estudio los autores destacan que los padres no contaron con una definición de acoso escolar. En segundo lugar, el *National Child Development Study* no incluyó la evaluación de los actos de acoso perpetrados por los participantes. La evaluación de la depresión y la ansiedad tuvo lugar de acuerdo con los sucesos de la última semana. Esto podría disminuir la posibilidad de identificar los individuos con trastornos psiquiátricos. Finalmente, es posible que existan factores de confusión no evaluados en el *National Child Development Study*.

Conclusión

La victimización asociada con el acoso escolar es una forma de abuso infantil con consecuencias negativas sobre el desempeño y la salud de los individuos adultos. Por este motivo, es importante prevenir el acoso escolar y minimizar sus consecuencias. Esto permitirá disminuir el sufrimiento del niño y la probabilidad de persistencia de trastornos durante la adolescencia y la adultez. Además, resulta importante comprender mejor los mecanismos responsables de las consecuencias negativas de la victimización. La identificación de dichos mecanismos permitirá aplicar estrategias terapéuticas para revertir los efectos de las experiencias adversas que tienen lugar durante los primeros años de vida.

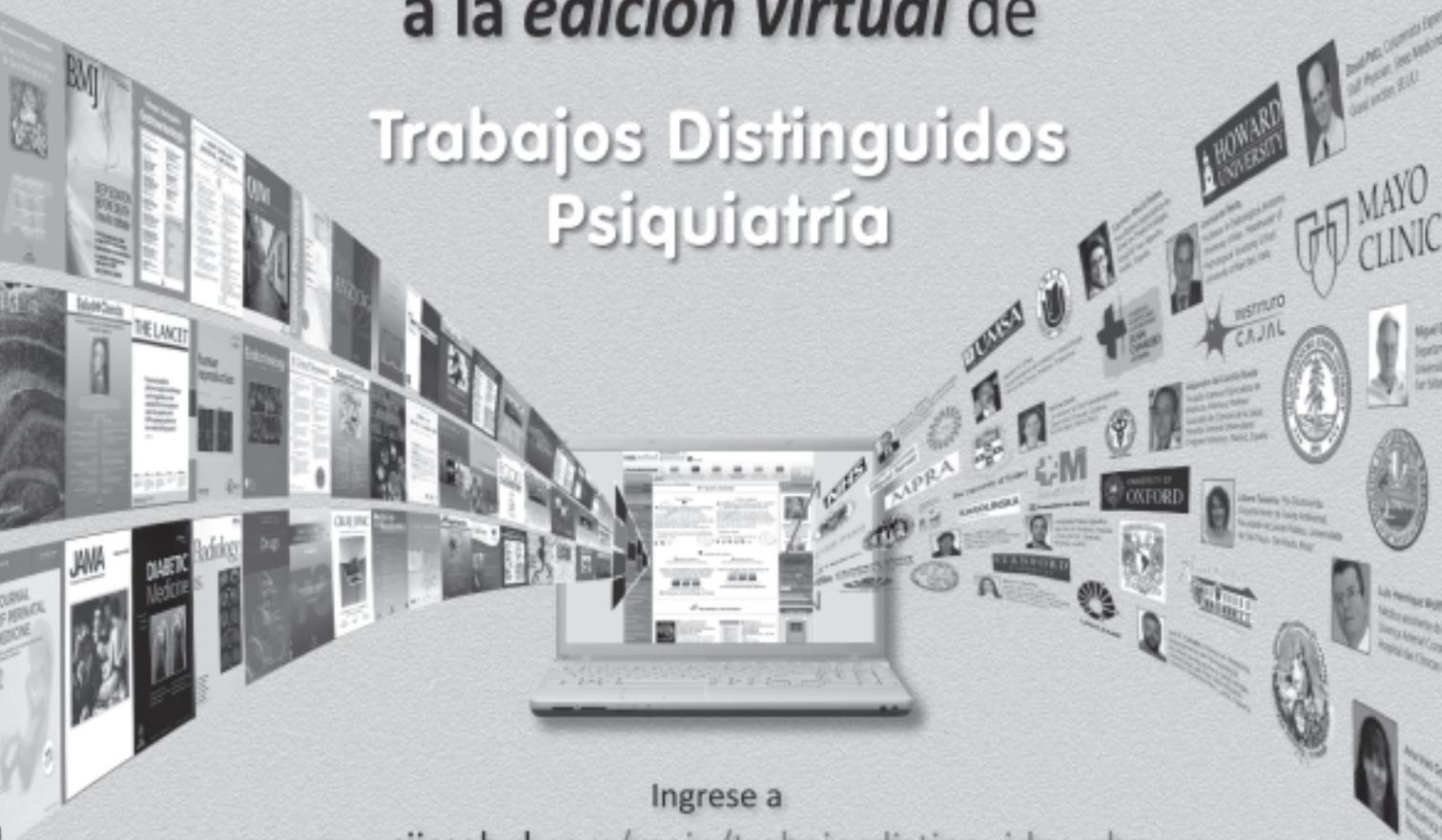
 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/142051



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

Amplíe el contenido
del ejemplar impreso.

Acceda
a la *edición virtual* de
Trabajos Distinguidos
Psiquiatría



Ingresa a

www.siicsalud.com/main/trabajosdistinguidos.php

Consulte los números anteriores en

www.trabajosdistinguidos.com

Actualícese en castellano,
con artículos originales
e informes seleccionados por expertos
provistos por las mejores fuentes internacionales.



Sociedad Iberoamericana
de Información Científica

7 - Los Criterios Vigentes para el Diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada Permiten Adoptar una Perspectiva Categórica o Continua

Hobbs M, Anderson T, Slade T, Andrews G

Journal of Affective Disorders 157(1):18-24, Mar 2014

En la actualidad se cuestiona la validez de la distinción categórica entre los trastornos psiquiátricos clínicos y subclínicos incluida en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). En cambio, numerosos autores consideran más apropiado clasificar los trastornos psiquiátricos mediante un abordaje continuo.

La información sobre las ventajas de la aplicación de una concepción categórica o continua en caso de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es limitada. En este caso, la validez de la clasificación del TAG clínico y subclínico podría corroborarse al encontrar diferencias cualitativas entre pacientes con ambos cuadros en términos de factores de riesgo, correlatos clínicos y discapacidad asociada con el trastorno. Sin embargo, en estudios epidemiológicos al respecto no se hallaron diferencias cualitativas entre los pacientes que reúnen todos los criterios para el diagnóstico de TAG y los pacientes que no reúnen dichos criterios. Por lo tanto, puede sugerirse que existe cierto nivel de continuidad entre los casos clínicos y subclínicos de TAG. Es necesario efectuar evaluaciones estructurales para confirmar dicha continuidad.

Los estudios disponibles sobre la estructura de los criterios para el diagnóstico de TAG son escasos e incluyeron la aplicación de modelos de teoría de respuesta al ítem (TRI). En este caso se asume que la presencia simultánea de los criterios diagnósticos de TAG se vincula con factores latentes continuos. En cambio, en el análisis de clases latentes (ACL) se acepta que la estructura de los indicadores clínicos es categórica. Finalmente, los modelos de mezcla de factores (MMF) combinan ambos puntos de vista, el categórico y el continuo. Ninguno de los modelos mencionados fue evaluado para conocer su fiabilidad relativa. Esto podría llevarse a cabo mediante índices de ajuste al modelo.

El presente estudio se llevó a cabo con el objetivo de evaluar la estructura de los criterios para el diagnóstico de TAG incluidos en el DSM-5 en individuos con preocupación excesiva mediante la TRI, el ACL y el MMF. Los autores propusieron que el TAG tiene diferentes niveles de gravedad y que los criterios diagnósticos vigentes no son apropiados para indicar una diferencia clara entre la preocupación excesiva y la presencia de una psicopatología.

Los autores analizaron los resultados del *2007 National Survey of Mental Health and Well Being* (NSMWHB) llevado a cabo en Australia con el fin de evaluar la aparición y los correlatos de las enfermedades

y las psicopatologías crónicas en la comunidad. Para realizar el presente estudio se identificaron 1 738 participantes que consideraban que tenían un nivel excesivo de preocupación. Luego se comparó a los individuos que reunían los criterios para el diagnóstico de TAG incluidos en el DSM-5 frente a los que no reunían dichos criterios con el fin de identificar una distinción natural entre ambas condiciones.

Todos los participantes fueron entrevistados por profesionales idóneos mediante la *Composite International Diagnostic Interview* con el fin de identificar la presencia de preocupación excesiva y ansiedad. En el presente estudio se evaluaron los criterios para el diagnóstico de TAG incluidos en el DSM-5, los cuales son idénticos a los criterios incluidos en el DSM-IV. Esto permite la generalización de los resultados. Luego se estimó el porcentaje de individuos con preocupación excesiva que cumplían cada uno de dichos criterios. Para evaluar la estructura latente de los criterios diagnósticos se aplicaron los modelos TRI, ACL y MMF.

La mayoría de los criterios diagnósticos estuvieron presentes en dos tercios de los pacientes. El criterio observado con mayor frecuencia fue la dificultad para controlar la preocupación, en tanto que el criterio menos frecuente fue la tensión muscular. Un análisis exploratorio de los criterios diagnósticos permitió concluir que la aplicación de un modelo unifactorial sería suficiente para evaluar la covarianza. Dichos resultados fueron confirmados mediante un análisis factorial unidimensional, aunque la carga factorial del criterio de seis meses de duración fue baja. En consecuencia, dicho criterio se excluyó de los análisis subsiguientes. Esto resultó en la obtención de un modelo factorial unidimensional que dio cuentas de la covarianza de los criterios restantes.

La comparación entre los modelos indicó la superioridad de la TRI unifactorial frente al resto de los modelos. Los autores concluyeron que sólo es necesario un factor para explicar la presencia de criterios diagnósticos de TAG en individuos con preocupación excesiva. Según el análisis efectuado, la mayoría de los criterios para el diagnóstico de TAG incluidos en el DSM-5 tienen propiedades psicométricas similares. Esto significa que la presencia de ansiedad y preocupación excesivas, fatiga, dificultad de concentración, irritabilidad, inquietud y trastornos del sueño tuvo lugar en una cantidad similar de individuos. La dificultad para controlar la ansiedad y la preocupación y la tensión muscular fueron los criterios observados con mayor y menor frecuencia, respectivamente. Mediante la construcción de curvas características de los ítems los autores concluyeron que los criterios para el diagnóstico de TAG tienen características psicométricas similares y que los individuos con un cuadro clínico de gravedad latente media tienen un 50% de probabilidades de presentar cada uno de dichos criterios.

Los resultados obtenidos indican que los criterios para el diagnóstico de TAG incluidos en el DSM-5 no permiten distinguir a los individuos con preocupación excesiva que presentan o no la entidad. En cambio, dichos criterios presentan propiedades psicométricas similares y su aplicación resulta en un continuo de gravedad latente en presencia de preocupación excesiva. Lo antedicho coincide con la naturaleza continua de los trastornos mentales indicada por numerosos autores y permite señalar la continuidad entre los casos clínicos y subclínicos de TAG. Por lo tanto, la validez de la clasificación categórica del TAG es cuestionable y los pacientes deberían evaluarse desde una perspectiva más dimensional. Los autores recomiendan incluir especificadores de gravedad en las próximas clasificaciones de TAG. De hecho, la utilización de parámetros continuos como el *Penn State Worry Questionnaire* y la escala *Generalized Anxiety Disorder-7* para valorar la probabilidad de TAG es frecuente. Esto coincide con la utilidad y la fiabilidad estructural de la aplicación de especificadores de gravedad.

Las propiedades psicométricas de los criterios para el diagnóstico de TAG incluidos en el DSM-5 fueron similares. En consecuencia, los individuos con preocupación excesiva que presentan un grado similar de TAG también tienen una probabilidad similar de presentar cada uno de los criterios para el diagnóstico de la entidad. La similitud psicométrica hallada entre los criterios diagnósticos supone un límite relativamente restringido a lo largo de la dimensión subyacente. Dado que los criterios para el diagnóstico de TAG indican un continuo de variación psiquiátrica y definen un límite relativamente restringido sobre dicho continuo, su aplicación permite tomar decisiones categóricas y sirve como indicador de gravedad. Además, los criterios pueden utilizarse para definir el TAG en forma categórica o continua tanto en la práctica clínica como en el campo de la investigación. La adopción de cada perspectiva dependerá de la necesidad del investigador o del profesional en cuestión.

El presente estudio presenta limitaciones metodológicas. Por ejemplo, no se tuvo en cuenta la edad de los participantes sino que se evaluó la información correspondiente al transcurso de la vida. Además, la selección de los participantes se llevó a cabo según su propia opinión respecto del nivel de preocupación que presentaban. Tanto la ansiedad como la preocupación forman parte del repertorio de respuestas naturales de lucha o huida. Existen individuos que presentan preocupación y ansiedad y no consideran que dichas emociones sean excesivas. En consecuencia, los hallazgos obtenidos no necesariamente reflejan la variación fenotípica asociada con la preocupación y la ansiedad.

Los criterios para el diagnóstico de TAG incluidos en el DSM-5 indican un continuo latente de gravedad entre los individuos con preocupación excesiva. Además, dichos criterios tienen características psicométricas similares, lo cual se asocia con un límite

relativamente restringido a lo largo del continuo de gravedad latente presentado por los individuos con preocupación excesiva. Puede concluirse que la aplicación de los criterios para el diagnóstico de TAG incluidos en el DSM-5 permite tomar decisiones categóricas y evaluar el cuadro psiquiátrico en un continuo. La perspectiva a adoptar dependerá de la necesidad de profesional.

 Información adicional en www.sicisalud.com/dato/resicic.php/140923

8 - Es Importante Contar con una Definición Precisa de los Trastornos Mentales

Maj M

Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 48(2): 193-197, Feb 2014

Una de las cuestiones más criticadas al analizar la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) es la patologización de estados que pueden considerarse normales. Esto se debe a que existen entidades incluidas en el manual que no pueden ser definidas como trastornos mentales. Además, el límite para considerar que un determinado estado constituye un trastorno mental puede ser demasiado abarcativo. En consecuencia, dentro de las categorías diagnósticas son incluidos individuos normales.

Con el objetivo de prevenir esta cuestión a la hora de elaborar la undécima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-11), debería ser posible definir a qué se denomina trastorno mental o contar con criterios pragmáticos de inclusión y exclusión para aplicar a las entidades diagnósticas nuevas. No obstante, en la actualidad no se cuenta con dichas herramientas.

La definición de trastorno mental propuesta en el DSM contiene redundancias, cuestiones imposibles de determinar si se considera el estado actual del conocimiento o elementos presentes en diferentes enfermedades que no son de índole psiquiátrica o que no pueden evaluarse en forma precisa debido a la existencia de factores potenciales de confusión. A esto se suma la falta de información sobre el nivel de fundamentación científica y de validez diagnóstica a la hora de aceptar la inclusión de un nuevo cuadro dentro del sistema diagnóstico. Lo antedicho permite suponer que muchas de las decisiones vinculadas con la inclusión de nuevas entidades diagnósticas en el DSM-5 pueden ser criticadas.

Como ejemplo de la situación mencionada puede destacarse el trastorno disruptivo de regulación del estado de ánimo cuya inclusión tuvo lugar a pesar de la fiabilidad cuestionable y la existencia de información brindada principalmente por un único grupo de investigación, entre otras cuestiones. En este caso, la inclusión se justificó por la necesidad de limitar el diagnóstico y el tratamiento excesivo del

trastorno bipolar en niños. No obstante, la aceptación de este fundamento elaborado en los Estados Unidos es cuestionable a nivel internacional, ya que dicha situación no existe en todos los países. Por el contrario, la inclusión de la nueva entidad puede resultar en un diagnóstico psiquiátrico excesivo y generar la sobremedicación de los niños, ya que no se cuenta con un tratamiento autorizado para dicho fin.

Con el objetivo de prevenir el diagnóstico de un trastorno mental en un individuo que no lo padece, debería contarse con información científica que avale los límites diagnósticos incluidos en el DSM-5. Esta situación tiene lugar en el caso de trastornos mentales que se incluyen dentro de un continuo con la normalidad. Hasta el momento no se cuenta con dicha información. Por ejemplo, los criterios diagnósticos de depresión mayor incluidos en el DSM-III, el DSM-IV y el DSM-5 no fueron avalados por información científica. Además, en el DSM-5 se redujo aun más el umbral para el diagnóstico de depresión mayor al eliminar el criterio de exclusión correspondiente al duelo. Dicha decisión no cuenta con aval científico.

Es necesario contar con estudios adicionales que permitan realizar una comparación formal entre los límites alternativos de normalidad y enfermedad correspondientes a cada trastorno mental. Por lo pronto, existen cuestiones que deberán ser evaluadas en un nivel general en lugar de ser deliberadas por los grupos de trabajo encargados de elaborar los criterios incluidos en los sistemas diagnósticos vigentes. Sería de utilidad contar con un grupo destinado a la discusión de aspectos conceptuales durante la elaboración de los criterios. En especial, se destaca la utilidad potencial de incluir expertos en psiquiatría transcultural y representantes de las diferentes áreas de interés relevantes para la aplicación de dichos criterios.



Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resic.php/142028

9 - Existen Factores que Predicen la Respuesta y la Remisión en Pacientes Esquizofrénicos que Reciben Antipsicóticos

Zhang H, Shen X, Jiang K y colaboradores

Psychiatry Research 215(1):20-25, Ene 2014

La información disponible permite destacar la importancia de la respuesta temprana al tratamiento en personas con esquizofrenia, con el fin de disminuir el costo del tratamiento a largo plazo. Entre los factores que influyen sobre la respuesta al tratamiento de los pacientes que cursan un primer episodio de esquizofrenia se menciona la duración de la psicosis no tratada, el desempeño premórbido, el sexo, la gravedad de los síntomas y el estado civil. Lograr la remisión

es clave en presencia de esquizofrenia, aunque la información sobre los factores que favorecen el alcance de dicho objetivo terapéutico es limitada.

De acuerdo con lo sugerido por los autores del presente estudio, los factores que se correlacionan con la respuesta al tratamiento también influirían sobre la remisión de los pacientes que cursan un primer episodio de esquizofrenia.

El presente estudio se llevó a cabo con el objetivo de evaluar los factores que se correlacionan con la respuesta y la remisión en pacientes esquizofrénicos que reciben tratamiento antipsicótico por primera vez.

El estudio fue prospectivo y de cohortes y tuvo un período de seguimiento de un año de duración. Participaron 398 pacientes adultos, en su mayoría ambulatorios, con esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme, que cursaban el primer episodio de la enfermedad y no tenían antecedentes de tratamiento antipsicótico. En total, 131, 131 y 136 pacientes recibieron tratamiento con risperidona, olanzapina y quetiapina, respectivamente. La dosis terapéutica se alcanzó luego de 7 a 10 días de tratamiento y fue definida según la respuesta observada. Se permitió el empleo de benzodiazepinas y trihexifenidilo en los casos necesarios.

Los parámetros evaluados incluyeron las características clínicas y demográficas. Además, se aplicó la *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) al inicio, a las dos semanas y a los 2, 3, 6, 8 y 12 meses de tratamiento. La respuesta al tratamiento se definió ante la disminución del 50% del puntaje en la PANSS. La remisión fue definida de acuerdo con los criterios del *Remission of Schizophrenia Working Group*, es decir en presencia de un puntaje menor o igual a 3 en ocho ítems de la PANSS durante al menos seis meses. El aumento del puntaje en al menos uno de dichos índices se correspondió con la presencia de una recaída.

La respuesta al tratamiento tuvo lugar en el 70.9% de los pacientes durante el año de seguimiento. Dicha respuesta se observó en el grupo de enfermos con un período mayor de tratamiento continuo y una duración menor de la psicosis no tratada. Además, el grupo que respondió al tratamiento presentó un puntaje inicial superior en la PANSS. Los resultados de un análisis de regresión logística indicaron un aumento de la posibilidad de respuesta al tratamiento en presencia de los factores mencionados. Además, la duración de la psicosis no tratada y del tratamiento continuo y el puntaje en la PANSS tuvieron un efecto independiente sobre la probabilidad de respuesta al tratamiento.

En total, 259 de los 318 pacientes que completaron un período de seguimiento de al menos seis meses de duración presentaron remisión. El índice total de recaídas en dicho grupo fue del 8.1%. Si bien los análisis univariados indicaron que la duración menor de la psicosis no tratada, la cronicidad de la fase prodrómica y el entorno familiar armónico influyeron sobre la probabilidad de remisión, sólo las características del pródromo tuvieron un efecto



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

independiente al respecto al realizar un análisis de regresión logística.

Los resultados obtenidos coinciden con lo informado en estudios anteriores y permiten indicar que la mayor duración de la psicosis no tratada disminuye las probabilidades de respuesta en pacientes esquizofrénicos sin antecedentes de tratamiento farmacológico. A la hora de analizar estos resultados es importante no limitarse a la duración de la psicosis no tratada, sino tener presentes los posibles factores que influyen sobre la ausencia de tratamiento. Entre dichos factores se incluyen la presencia de síntomas leves que disminuyen la posibilidad de realizar un diagnóstico y el entorno familiar disfuncional.

La duración del tratamiento continuo también influyó sobre la posibilidad de respuesta. Esto indica la importancia de asegurar el cumplimiento terapéutico en pacientes esquizofrénicos. En estudios anteriores se halló una correlación entre el puntaje en la PANNS correspondiente a los síntomas positivos y negativos y la respuesta al tratamiento. En cambio, los resultados del presente estudio indicaron una asociación entre el puntaje de la PANSS correspondiente a los síntomas positivos y al nivel general de patología y la respuesta al tratamiento, en tanto que no se halló la misma asociación al considerar el puntaje correspondiente a los síntomas negativos. Es posible que esto se deba a que los pacientes evaluados no presentaban un cuadro crónico, con lo cual la probabilidad de sintomatología negativa disminuye.

El recurso social principal de los pacientes esquizofrénicos es el apoyo brindado por la familia. Dado que la mayoría de los pacientes evaluados contaban con un nivel elevado de apoyo familiar, la diferencia al respecto entre los pacientes que respondieron al tratamiento y los que no lo hicieron no fue significativa. Es sabido que el diagnóstico temprano de los pacientes que cursan la fase prodrómica de la psicosis es fundamental para aplicar estrategias terapéuticas y prevenir las consecuencias devastadoras de la enfermedad. En coincidencia con lo antedicho, la cronicidad de la fase prodrómica fue un factor independiente relacionado con la probabilidad de remisión.

Entre las limitaciones del presente estudio se menciona que no se analizaron factores como el funcionamiento cognitivo, la conciencia de enfermedad y el nivel socioeconómico de los pacientes. Es necesario contar con estudios adicionales para evaluar una cantidad mayor de factores vinculados con la probabilidad de respuesta y remisión de los pacientes que cursan un primer episodio de esquizofrenia y reciben tratamiento antipsicótico por primera vez.

Los factores que influyeron sobre la respuesta a los antipsicóticos en pacientes esquizofrénicos sin antecedente de tratamiento farmacológico no fueron los mismos factores que influyeron sobre la probabilidad de remisión.

10 - La Migraña se Asocia con un Nivel Elevado de Depresión y Ansiedad

Sharma K, Remaran R, Singh S

Neurology India 61(4):355-359, Jul 2013

La migraña es una enfermedad neurológica, episódica y discapacitante que no deja secuelas físicas significativas. La calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL [*health-related quality of life*]) es un indicador que permite valorar las consecuencias de una enfermedad determinada sobre el individuo que la padece. Entre las herramientas disponibles para su evaluación se incluye el cuestionario *Short Form-36* (SF-36), aplicado con frecuencia en pacientes con migraña. La evaluación de las consecuencias de la migraña sobre la HRQoL resulta fundamental si se considera la importancia de esta entidad a nivel de la salud pública. Además, contar con dicha información es de utilidad para crear políticas de salud y valorar la eficacia del tratamiento.

La presencia de comorbilidades psiquiátricas en pacientes con migraña es frecuente. Según lo informado, la prevalencia de ansiedad y depresión en la población de pacientes con migraña es del 20% al 40% y del 10% al 15%, respectivamente. Dichas comorbilidades afectan aun más la HRQoL y dificultan la evaluación de la asociación entre la HRQoL y las características de la migraña.

El presente estudio se llevó a cabo con el fin de evaluar la HRQoL de los pacientes con migraña asistidos en un centro de atención terciaria. Los autores emplearon el cuestionario SF-36 para cuantificar el nivel de ansiedad y depresión e identificar las características de la migraña que predicen la HRQoL.

Participaron pacientes de 18 a 65 años atendidos en un centro terciario especializado en cefaleas ubicado en India. Todos reunían los criterios para el diagnóstico de migraña con aura o sin ella incluidos en la *International Classification of Headache Disorder, 2nd edition* (ICHD-2). Sólo se incluyeron los pacientes con antecedente de migraña durante al menos seis meses, cuyo inicio había tenido lugar a una edad menor de 50 años, sin antecedente de tratamiento farmacológico específico para dicha condición. El grupo control estuvo integrado por individuos sanos de características similares frente al grupo de pacientes en términos de sexo y edad.

La confirmación del diagnóstico de migraña se llevó a cabo mediante una entrevista creada sobre la base de los criterios de la ICHD-2. También se evaluaron las características de la migraña y se aplicó una escala analógica visual con el fin de evaluar la gravedad del cuadro clínico. El cuestionario SF-36 fue aplicado con el fin de evaluar la HRQoL. Los dominios de interés al respecto fueron el desempeño físico, el rol físico, el dolor corporal, la salud general, la vitalidad, el desempeño social, el rol emocional y la salud mental. Además se aplicaron dos escalas sobre la salud mental y física derivadas del SF-36, el *Mental Component Summary* (MCS) y el *Physical Component Summary* (PCS), respectivamente. El *Migraine Disability*

Assessment Score (MIDAS) fue empleado para evaluar la discapacidad generada por la migraña. La *Hospital Anxiety and Depression Scale* fue empleada con el fin de valorar la gravedad de la ansiedad (HADS-A) y la depresión (HADS-D).

El 79% de los integrantes de cada grupo era de sexo femenino. Los grupos no difirieron significativamente en términos de edad. El 23.9% de los pacientes presentaron migraña con aura. La prevalencia de este tipo de migraña fue mayor entre los hombres, en comparación con las mujeres. Los resultados del cuestionario SF-36 revelaron una disminución significativa del puntaje de todas las subescalas entre los pacientes con migraña en comparación con los individuos sanos.

La aplicación de la HADS indicó un nivel significativamente superior de ansiedad y depresión entre los pacientes con migraña, en comparación con los individuos sanos. El sexo femenino, la discapacidad generada por las cefaleas y la presencia de ansiedad se asociaron con el empeoramiento del puntaje del PCS en forma lineal. La varianza del puntaje del MCS se vinculó con el resultado en la HADS correspondiente a la ansiedad y la depresión. Ninguna de las características de las cefaleas predijo significativamente el puntaje del MCS.

Los resultados obtenidos permiten indicar que la migraña afecta todas las dimensiones de la HRQoL. La limitación de rol generada por la migraña fue significativa pero no afectó el desempeño físico y social de los pacientes. Estos hallazgos coinciden con lo informado en otros estudios. La afección física fue mayor en comparación con la afección mental. Dicho resultado también tuvo lugar en estudios realizados en poblaciones de pacientes residentes en otros países. Por lo tanto, es posible que las consecuencias de la migraña sobre la calidad de vida no difieran según las características culturales de la población evaluada.

La prevalencia de depresión y ansiedad entre los pacientes con migraña resultó ser elevada en comparación con el grupo control. Dicha prevalencia fue mayor en comparación con lo observado en otros estudios. Las mujeres presentaron un nivel significativamente superior de alteración de la HRQoL física en comparación con los hombres. Este hallazgo coincide con lo observado por otros autores. La obtención de un resultado desfavorable en el PCS se asoció con el puntaje del MIDAS, posiblemente debido a que ambas herramientas evalúan limitaciones funcionales similares.

El porcentaje de pacientes con migraña crónica incluidos en el presente estudio fue relativamente bajo. Esto se vincularía con la exclusión de los enfermos que recibían tratamiento preventivo. La generalización de los resultados obtenidos a la población general se ve limitada debido a que se evaluaron pacientes asistidos en un centro de atención especializada. Es necesario contar con un estudio poblacional que permita evaluar la calidad de vida de los pacientes con cefaleas residentes en Karnataka, India.

Los pacientes con migraña residentes en India presentan una disminución significativa de la calidad de

vida relacionada con la salud y una incidencia elevada de ansiedad y depresión, en comparación con los individuos sanos. La consideración de los resultados de estudios efectuados en otros países permite indicar que no existen diferencias clínicas significativas entre los pacientes con migraña pertenecientes a diferentes culturas.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resic.php/141898

11 - Los Cambios Potenciales del DSM-5 son Evaluados por Diferentes Grupos de Trabajo

Yager J, McIntire J

American Journal of Psychiatry 171(2):142-144, Feb 2014

La elaboración de criterios diagnósticos sobre la base de estudios científicos representa un beneficio para la práctica clínica. Por este motivo, los grupos de trabajo de la *American Psychiatric Association* (APA) reconocieron la necesidad de contar con información científica suficiente para justificar cualquier cambio a la hora de elaborar la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).

Debido a la influencia de los avances diagnósticos sobre la práctica clínica, la Junta Directiva creó un Comité Clínico y de Salud Pública con el fin de evaluar las consecuencias y la aceptación de los cambios propuestos por parte de la comunidad psiquiátrica. Asimismo, el Comité tuvo la tarea de considerar las situaciones en las cuales las cuestiones clínicas y vinculadas con la salud pública superan los imperativos científicos a la hora de modificar los criterios diagnósticos.

El Comité Clínico y de Salud Pública recibió la información científica empleada para decidir cada modificación de los criterios diagnósticos. El análisis de cada propuesta por parte del Comité contó con la colaboración de tres a ocho revisores externos independientes. Además, se solicitó al Comité Clínico y de Salud Pública la evaluación de las consecuencias de cada propuesta sobre la precisión de los procesos diagnósticos. Otra cuestión a considerar fue el nivel de coherencia de cada cambio propuesto, en comparación con los criterios incluidos en el DSM-IV. Luego del análisis, los revisores externos deliberaron con el Comité Clínico y de Salud Pública con el fin de elaborar recomendaciones. En general, las recomendaciones del Comité Clínico y de Salud Pública coincidieron con el punto de vista del Comité de Revisión Científica.

Existen numerosos ejemplos sobre la modificación de cuestiones clínicas vinculadas con los hallazgos obtenidos en estudios de investigación. Por ejemplo, el trastorno neurocognitivo leve se propuso como una nueva entidad diagnóstica debido a la cantidad de información que demostró su validez clínica y sus

características terapéuticas y pronósticas particulares. Esto resultó en la aplicación de estrategias diagnósticas y terapéuticas más apropiadas.

La propuesta de excluir el duelo del diagnóstico del episodio depresivo mayor fue motivo de discusión en el ámbito profesional. En este caso, el Comité Clínico y de Salud Pública fue persuadido por los argumentos clínicos y la calidad de la información científica disponible al respecto. En cambio, existen propuestas que no tuvieron el apoyo necesario para generar los cambios correspondientes en la nueva versión del DSM.

Más allá del requerimiento de información científica apropiada para considerar los cambios propuestos, el Comité Clínico y de Salud Pública tuvo en cuenta otras cuestiones. En ciertas condiciones, la cantidad de información es limitada debido a que la frecuencia de determinados trastornos es baja. También existen casos en los cuales el juicio clínico complementa la escasez de información científica apropiada. Otra situación posible es la interpretación heterogénea de un determinado hallazgo por parte de diferentes entidades profesionales y públicas. Estas y otras situaciones similares generaron discusiones considerables en cada nivel de revisión.

Una cuestión valorada por el Comité fueron los límites imprecisos entre las variaciones conductuales normales y los cuadros psicopatológicos incipientes con el fin de definir la necesidad de una evaluación adicional. Además, el Comité Clínico y de Salud Pública consideró que si bien algunos diagnósticos son imprecisos, la tendencia observada se dirige hacia el perfeccionamiento. En algunos casos los diagnósticos son utilizados con fines cuestionables. Por ejemplo, algunos individuos utilizan un diagnóstico para obtener un reconocimiento personal. Además, algunos pacientes y sus familiares prefieren determinados diagnósticos ante otros para mantener beneficios de índole social y económica. Los autores consideran que si bien la nosología psiquiátrica demanda un nivel creciente de validez científica, en la práctica profesional los diagnósticos con frecuencia tienen una función utilitaria.

Una vez elaboradas las recomendaciones por parte del Comité Clínico y de Salud Pública, éstas son enviadas al Presidente de la APA y reevaluadas por diferentes grupos de expertos antes de ser enviadas a la Junta Directiva. En esta instancia, las recomendaciones son analizadas para definir la aprobación o el rechazo de los cambios propuestos. Lo antedicho permite suponer que los diagnósticos y los criterios incluidos en el DSM-5 son el resultado de un gran esfuerzo por integrar la información científica, clínica y vinculada con la salud pública. Según la opinión del Comité Clínico y de Salud Pública, existen cuestiones diagnósticas que requieren un esclarecimiento adicional. Dichas cuestiones se vinculan con los trastornos de la personalidad, los trastornos del estado de ánimo, el trauma psicológico y cerebral, la esquizofrenia y otras psicosis. La continuidad de los debates y los análisis por parte de expertos contribuirá a la mejora de los criterios diagnósticos incluidos en el DSM.

12 - Aumento de la Mortalidad Relacionada con el Tabaquismo en la Población Psiquiátrica

Callaghan R, Veldhuizen S, Gatley J y colaboradores

Journal of Psychiatric Research 48(1): 102-110, Ene 2014

La prevalencia de tabaquismo es mayor entre los pacientes con enfermedades psiquiátricas en comparación con la población general. Además, la presencia de enfermedades psiquiátricas se asocia con patrones de consumo y dependencia de tabaco más graves. A pesar de lo antedicho, el abordaje terapéutico del hábito de fumar en pacientes con entidades como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión es insuficiente. A esto se suman las limitaciones de los estudios disponibles al respecto.

El presente estudio poblacional se llevó a cabo con el fin de evaluar los patrones de mortalidad de los pacientes esquizofrénicos, bipolares y depresivos con enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco durante un período de seguimiento de 16 años.

Los autores utilizaron la información incluida en la base de datos de la *California Office of Statewide Health Planning and Development* (OSHPD) correspondiente al alta de los pacientes hospitalizados en la región de California. La información de interés fue de índole demográfica y diagnóstica y se analizó junto con los datos correspondientes al fallecimiento de los pacientes incluidos en el *California Vital Statistics*. Las causas de fallecimiento fueron registradas según los criterios de la novena y la décima Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE). Los pacientes fueron divididos en tres cohortes según la presencia de esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión. Sólo se incluyeron pacientes de 35 años en adelante debido a que la incidencia de enfermedades relacionadas con el tabaquismo aumenta con la edad.

Los datos obtenidos indicaron una cantidad considerable de fallecimientos relacionados con el tabaquismo. Todas las cohortes presentaron índices elevados de mortalidad relacionada con el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y respiratorias, con excepción de la muerte por cáncer que no fue tan frecuente en la cohorte de pacientes con trastorno bipolar. Los índices estandarizados de mortalidad fueron máximos en la cohorte de pacientes psicóticos y mínimos en el grupo de pacientes con trastorno bipolar. Además, dichos índices fueron superiores al considerar la mortalidad de origen cardiovascular y respiratorio en comparación con la mortalidad por cáncer.

El análisis de las enfermedades específicas arrojó resultados heterogéneos. Por ejemplo, las enfermedades respiratorias y cardiovasculares se asociaron con un aumento de la mortalidad en todas las cohortes. No obstante, la frecuencia de aneurisma de aorta no fue elevada en ninguna de las cohortes. En cuanto a los diferentes tipos de cáncer, el aumento de la frecuencia de fallecimiento tuvo lugar en presencia de cáncer de pulmón, laringe, faringe, labio y cavidad oral. En coincidencia, estos tipos de cáncer se vinculan con

el tabaquismo. No se observaron patrones diferentes de mortalidad según el sexo.

Los resultados obtenidos en el presente estudio permiten indicar que los pacientes esquizofrénicos, depresivos o bipolares tienen un riesgo elevado de mortalidad debida a enfermedades relacionadas con el hábito de fumar. En consecuencia, resulta importante evaluar el estado clínico de los pacientes psiquiátricos fumadores. Los pacientes con esquizofrenia presentaron un aumento del riesgo de mortalidad provocada por el cáncer relacionado con el tabaquismo. No obstante, el riesgo adicional de muerte por cáncer entre los pacientes esquizofrénicos en comparación con la población general no fue significativo. Según lo informado por algunos autores, la esquizofrenia o el tratamiento antipsicótico pueden tener cierto efecto protector ante la aparición de cáncer, aunque la información al respecto es heterogénea.

La mortalidad relacionada con el cáncer en la cohorte de pacientes con trastorno bipolar fue elevada. En este caso, la información es más limitada en comparación con lo observado en presencia de esquizofrenia. Según los resultados de una revisión, los pacientes con trastorno bipolar presentan un nivel elevado de factores de riesgo pero no tienen una frecuencia significativamente elevada de cáncer en comparación con la población general. No obstante, los resultados de otros estudios al respecto son heterogéneos. Dado que el trastorno bipolar se asocia con una prevalencia elevada de tabaquismo, es coherente suponer que estos enfermos presentan un riesgo elevado de cáncer, aunque los resultados de los estudios disponibles al respecto no indican dicha asociación. Es posible que esto se deba a cuestiones metodológicas. La información sobre la prevalencia de cáncer en pacientes con depresión es heterogénea, aunque en una revisión reciente se informó que el cáncer predice la mortalidad de esta población. Existen cuestiones metodológicas que limitan la obtención de resultados fidedignos al respecto. Si bien en el presente estudio se halló un aumento del riesgo de cáncer relacionado con el tabaquismo en pacientes con depresión, la magnitud de efecto fue moderada.

En general, se acepta que la mortalidad relacionada con enfermedades respiratorias es elevada en pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión. A diferencia de lo esperado, los índices estandarizados de mortalidad vinculada con las enfermedades respiratorias fueron más elevados en esta cohorte en comparación con lo observado ante la evaluación de la mortalidad relacionada con el cáncer de pulmón. Este hallazgo se vincularía con la clasificación inadecuada de los fallecimientos y el análisis impreciso de los factores de riesgo. La mortalidad relacionada con las enfermedades cardiovasculares vinculadas con el tabaco fue significativamente superior en presencia de depresión, bipolaridad y esquizofrenia, en comparación con lo observado en la población general. Este hallazgo coincide con lo informado en otros estudios.

Los resultados obtenidos señalan la importancia de contar con protocolos de evaluación y tratamiento

del tabaquismo en la población psiquiátrica. La información disponible en la actualidad permite sugerir que las intervenciones terapéuticas destinadas a lograr la cesación del hábito de fumar son útiles tanto en la población psiquiátrica como en la población general. No obstante, la respuesta favorable en la población psiquiátrica generalmente se observa a corto plazo, en tanto que la evolución a largo plazo es más desfavorable. Dado el aumento del riesgo de mortalidad relacionada con el tabaquismo en la población psiquiátrica evaluada, es aconsejable mejorar el diagnóstico y disminuir las consecuencias negativas de las enfermedades provocadas por el tabaquismo.

Entre las limitaciones del presente estudio los autores señalan que sólo se evaluaron pacientes que requirieron internación, lo cual se asocia con un cuadro clínico relativamente grave. En segundo lugar, no se contó con información sobre las características del consumo de tabaco. No queda claro si los hallazgos obtenidos pueden generalizarse a otras entidades psiquiátricas. Finalmente, no fue posible validar los diagnósticos psiquiátricos que presentaron los pacientes incluidos en el presente estudio.

La mortalidad relacionada con el hábito de fumar fue significativa en la población con trastorno bipolar, depresión o esquizofrenia evaluada en el presente estudio. En consecuencia, es importante evaluar y tratar el tabaquismo en la población psiquiátrica.



+ Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/resiic.php/141887



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

Contacto directo

Trabajos Distinguidos Psiquiatría 1 (2014) 27

con expertos

Los lectores de *Trabajos Distinguidos* pueden formular consultas a los integrantes de los comités científicos, columnistas, corresponsales y consultores médicos de SIIC cuyos nombres se citan en la página www.siicsalud.com/main/geo.htm.

Las consultas a expertos de habla no hispana o portuguesa deben redactarse en inglés. SIIC supervisa los textos en idioma inglés para acompañar a los lectores y facilitar la tarea de los expertos consultados.

Médico o institución consultante
 Correo electrónico (e-mail).....
 Domicilio profesional.....
 C.P..... Localidad..... País..... Teléfono.....
 desea consultar al Dr.....lo siguiente:

.....

(en caso de que el espacio de consulta resulte insuficiente, amplíela en una página adicional)

.....
 Firma

.....
 Aclaración

Las solicitudes de fotocopias, consultas a bases de datos, etc., no corresponde canalizarlas por Contacto directo.

con autores distinguidos

Para relacionarse con los autores cuyos artículos fueron seleccionados en esta edición, cite a la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), a la colección *Trabajos Distinguidos* y a esta serie temática específica.

TD N°	Título	Dirección
A	El lenguaje corporal de las pacientes con fobia...	• Dr. Jairo Muñoz Delgado, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 14370, México
1	Revisión de la Información Publicada sobre...	• Dr. D. De Berardis. Hospital G. Mazzini, Department of Mental Health, Teramo, Italia
2	Estudio Aleatorizado, Controlado y a Doble...	• Dr. M. H. Pollack. McMaster University, Rush University Medical Center, Hamilton, Ontario, Canadá
3	Activación de la Amígdala y Dimensiones...	• Dr. B. J. Harrison. Melbourne Neuropsychiatry Centre, 3053, Melbourne, Victoria, Australia
4	Neurobiología de la Anorexia Nerviosa...	• Dr. A. Phillipou. Department of Optometry and Vision Sciences, The University of Melbourne, Melbourne, Victoria, Australia
5	Empleo de Antipsicóticos Atípicos...	• Dr. E. H. Teixeira. Universidade Estadual de Campinas, School of Medical Sciences, Campinas, Brasil
6	Estado de Salud de los Adultos...	• Dr. L. Arseneault, University of Tokio Graduate School of Medicine King's College London, Londres, Reino Unido
7	Los Criterios Vigentes para el Diagnóstico...	• Dr. M. J. Hobbs. University of New South Wales, Clinical Research, Unit for Anxiety and Depression, Sydney, New South Wales, Australia
8	Es Importante Contar con una Definición...	• Dr. M. Maj, University of Naples Department of Psychiatry, 80138, Nápoles, Italia
9	Existen Factores que Predicen la Respuesta...	• Dr. K. D. Jiang. Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, 200030, Shanghai, China
10	La Migraña se Asocia con un Nivel Elevado...	• Dr. K. Sharma. Department of Neurology, University of Texas, Southwestern Medical Center, Dallas, Texas, EE.UU.
11	Los Cambios Potenciales del DSM-5...	• Dr. J. Yager, Department of Psychiatry, University of Colorado School of Medicine, Denver, EE.UU.
12	Aumento de la Mortalidad Relacionada...	• Dr. R. C. Callaghan. University of Northern, British Columbia Northern Medical Program, M5S 2S1, Prince George, Columbia Británica, Canadá

Autoevaluaciones de lectura

Trabajos Distinguidos Psiquiatría 1 (2014) 28

Por cada artículo extenso de Trabajos Distinguidos se formula una pregunta, con cuatro opciones de respuesta. La correcta, que surge de la lectura atenta del respectivo trabajo, se indica en el sector Respuestas correctas, acompañada de su correspondiente fundamento escrito por el especialista que elaboró la pregunta.

TD N°	Enunciado	Seleccione sus opciones
1	¿Cuál de los siguientes es un mecanismo de acción de la agomelatina?	A) Es agonista selectivo de los receptores melatoninérgicos MT1 y MT2. B) Es antagonista selectivo de los receptores melatoninérgicos MT1 y MT2. C) Es agonista de los receptores serotoninérgicos 5HT2c. D) Es antagonista de los receptores serotoninérgicos 5HT2A.
2	Señale la opción correcta sobre el uso de clonazepam en pacientes con trastorno de ansiedad social generalizado:	A) Está contraindicado ya que empeora el cuadro clínico. B) Puede ser de utilidad, excepto en pacientes que no responden a la sertralina. C) Puede resultar útil en ausencia de respuesta a la sertralina. D) Sólo es beneficioso como monoterapia.
3	¿Qué síntomas de trastorno obsesivo compulsivo se asocian con la modulación selectiva de la función amigdalina?	A) La agresividad. B) La comprobación. C) Los síntomas asociados con la sexualidad y la religiosidad. D) Todas son correctas.
4	¿Cuál de los siguientes hallazgos puede encontrarse en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes con anorexia nerviosa?	A) Una disminución significativa del nivel de serotonina y de su metabolito principal. B) Una disminución significativa del nivel de serotonina y un aumento del nivel de su metabolito principal. C) Un aumento del nivel de serotonina y una disminución del nivel de su metabolito principal. D) Un aumento significativo del nivel de serotonina y de su metabolito principal.
5	¿Qué drogas deberían administrarse ante la ausencia de respuesta al tratamiento no farmacológico en niños y adolescentes con agresividad?	A) Antipsicóticos atípicos. B) Antipsicóticos típicos. C) Antidepresivos. D) Anticonvulsivos.
6	¿Qué consecuencias puede tener el acoso escolar durante la infancia en individuos adultos?	A) Alteración de la salud mental. B) Trastornos físicos. C) Trastornos cognitivos. D) Todas son correctas.

Respuestas correctas

TD N°	Respuesta	Fundamento	Opción
1	Es agonista selectivo de los receptores melatoninérgicos MT1 y MT2.	La agomelatina es un agonista selectivo de los receptores melatoninérgicos MT1 y MT2 y un antagonista de los receptores serotoninérgicos 5HT2c.	A
2	Puede resultar útil en ausencia de respuesta a la sertralina.	El tratamiento complementario con clonazepam de los pacientes con trastorno de ansiedad social generalizado brinda beneficios en ausencia de respuesta adecuada a la sertralina.	C
3	Todas son correctas.	Extraña una modulación selectiva de la función de la amígdala en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en presencia de síntomas de agresividad y chequeo o asociados con la sexualidad y la religiosidad.	D
4	Una disminución significativa del nivel de serotonina y de su metabolito principal.	Los estudios funcionales realizados en pacientes con anorexia nerviosa indicaron una disminución en el líquido cefalorraquídeo.	A
5	Antipsicóticos atípicos.	Los antipsicóticos atípicos deberían ser las primeras drogas a administrar ante el fracaso de las estrategias terapéuticas no farmacológicas en presencia de agresividad en niños y adolescentes.	A
6	Todas son correctas.	El acoso escolar durante la infancia se asocia con la afectación de la salud mental, física y cognitiva en la vida adulta.	D