

Colección
Trabajos Distinguidos
 Serie **Neurociencias**

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

Volumen 1, Número 4, Diciembre 2009

Comité de Expertos, Fuentes Científicas..... 1

Artículos distinguidos

A - El Insight en la Esquizofrenia y su Relación con Variables Afectivas, Cognitivas y Psicopatológicas
Rosario Bengochea Seco, SIIC..... 2

Informes seleccionados

Reseñas seleccionadas

1 - Características Clínicas, Respuesta al Tratamiento y Funcionamiento de los Pacientes Bipolares en Presencia o Ausencia de Comorbilidad con el Trastorno por Uso Indevido de Sustancias...
*Mazza M, Mandelli L, Janiri L y colaboradores
 Journal of Affective Disorders
 115(1-2):27-35, May 2009.....6*

2 - Tratar o no Tratar: Metanálisis sobre el Empleo de Inhibidores de la Colinesterasa para Retrasar la Progresión hacia la Enfermedad de Alzheimer en Pacientes con Deterioro Cognitivo Leve
*Satler Diniz B, Pinto Jr J, Forlenza O
 European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 259(4):248-256, Jun 2009..... 7*

3 - La Relación de la Bulimia y la Anorexia Nerviosa con el Trastorno Bipolar y sus Bases Temperamentales
*Lunde A, Fasmer O, Oedegaard K y colaboradores
 Journal of Affective Disorders
 115(3):309-314, Jun 2009.....9*

4 - Demencia Frontotemporal y Demencia por Cuerpos de Lewy en un Estudio de Casos y Controles sobre la Enfermedad de Alzheimer
*Piguet O, Halliday G, Kril J y col.
 International Psychogeriatrics
 21(4):688-695, Ago 2009..... 10*

5 - La Mejoría Temprana Inducida por los Antidepresivos, ¿Predice la Respuesta/Remisión? Análisis de Datos Provenientes de un Estudio Naturalista en Pacientes Hospitalizados con Depresión Mayor
*Henkel V, Seemüller F, Riedel M y col.
 Journal of Affective Disorders
 115(3):439-449, Jun 2009..... 12*

6 - ¿Cómo Emplean Benzodiazepinas y Antidepresivos los Diferentes Grupos Etarios? Análisis de una Base de Datos Administrativa Australiana, 2003-2006
*Smith A, Tett S
 Drugs & Aging 26(2):113-122, 2009.....14*

7 - Tabaquismo y Enfermedad de Parkinson: Empleo del Tabaquismo Paterno como Parámetro de Evaluación de Causalidad
*O'Reilly E, Chen H, Ascherio A y col.
 American Journal of Epidemiology
 169(6):678-682, Mar 2009.....16*

8 - ¿Son Impulsivos los Sujetos Autoagresivos? Resultados de dos Estudios Realizados en Laboratorios de Evaluación Conductual
*Janis I, Nock M
 Psychiatry Research 169(3):261-267, Oct 2009.....17*

Novedades seleccionadas

9 - "Hipomanía Mixta" en Niños y Adolescentes: ¿Es un Fenotipo Bipolar Pediátrico con Variación Diurna Extrema entre Depresión e Hipomanía?
*Dilsaver S, Akiskal H
 Journal of Affective Disorders
 116(1-2):12-17, Jul 2009..... 20*

10 - Prevalencia de Demencia en Latinoamérica...
*Nitrini R, Caramelli P, Bottino C
 International Psychogeriatrics
 21(4):622-630, Ago 2009..... 21*

11 - Estudio Comparativo de la Función Neurocognitiva en Pacientes Bipolares Eutímicos y Pacientes Esquizofrénicos Estabilizados
*Sánchez-Morla E, Barabash A, Santos Gómez J y col.
 Psychiatry Research 169(3):220-228, Oct 2009..... 22*

12 - Automedicación de los Trastornos del Estado de Animo con Alcohol y Drogas...
*Bolton J, Robinson J, Sareen J
 Journal of Affective Disorders
 115(3):367-375, Jun 2009..... 24*

13 - El Estrés Postraumático Afecta la Calidad de Vida de los Niños que Sufrieron Accidentes de Tránsito: Estudio Prospectivo
*Landolt M, Vollrath M, Gnehm H, Sennhauser F
 Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 43(8):746-753, Ago 2009.....25*

Contacto Directo..... 27
 Autoevaluaciones de Lectura, Respuestas Correctas..... 28

Conexiones Temáticas

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

Especialidades	Artículos, números
Atención Primaria.....	1, 10, 12, 13
Epidemiología.....	6, 7, 10
Farmacología.....	2, 5
Geriatría.....	2, 4, 6, 10
Medicina Familiar.....	1, 10, 12, 13
Medicina Farmacéutica.....	2, 5, 6
Medicina Interna.....	2, 6, 7
Neurología.....	2, 4, 7, 10
Nutrición.....	3
Pediatría.....	9, 13
Salud Mental.....	A, 1-6, 8-13
Salud Pública.....	2, 8
Toxicología.....	1, 7, 12





Sociedad Iberoamericana
de Información Científica

Rafael Bernal Castro
Presidente

Rosa María Hermitte
Directora

Programa SIIC de Educación
Médica Continuada (PEMC-SIIC)

Consejo Superior (PEMC-SIIC)

Elías N. Abdala, Miguel Aievato, Arturo Arrighi, Laura Astarloa, Michel Batlouni, Pablo Bazerque, Carlos Bertolasi †, Alfredo Buzzi, 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, Pedro Figueroa Casas †, Juan Gagliardi, Jorge García Badaracco, J. G. de la Garza, Estela Giménez, Vicente Gutiérrez Maxwell, Alfredo Hirschon Prado, Rafael Hurtado, Leon Jaimovich, Silvia Jovitis †, Miguel A. Largaña, Antonio Lorusso, Néstor P. Marchant, Olindo Martino, Carlos Mautalén, Pablo Mazure, José María Méndez Ribas, Alberto Monchablón Espinoza, Oscar Morelli, Amelia Musacchio de Zan, Roberto Nicholson, Domingo Palmero, Omar J. Palmieri, Rodolfo Sergio Pasqualini, Santiago Pavlovsky, Jorge A. Pilheu, Eduardo Pro, María Esther Río de Gómez del Río, Guillermo Roccatagliata, 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 Zufardi

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

SIIC Brasil: Oficina Central,
Director: Dr. Nelson Bressan

Rua Afonso Celso 170 - São Paulo - SP
Oficina Científica San Pablo, Directora: Dra. Vera Koch
Rua das Mangabeiras 91/81, CEP 01233-010

SIIC Chile: Oficinas Científicas Santiago,
Directora: Dra. Perla David Galvéz
Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Padre Mariano
N° 10 Dpto. 204, Providencia (750-0026)
Director: Marcos Gastón Duffau Toro
Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
Simón Bolívar 3127 Depto. 501, Ñuñoa (777-0236)

SIIC Cuba: Oficina Científica La Habana,
Directora: Dra. Maritza Puppo
Instituto «Pedro Kouri», Departamento de Virología,
Laboratorio de Arbovirus, Apdo Postal 601, Marianao 13

SIIC EE.UU.: Oficina Científica Washington DC,
Director: Dr. Itzhak Brook
4431 Albemarle st NW, 20016

SIIC España: Oficina Científica Barcelona,
Director: Dr. Ignacio Balaguer Vintró
Pl. Margall 19, 08024

SIIC Francia: Oficina Científica París,
Director: Dr. Juan Carlos Chachques
Département de Chirurgie Cardiovasculaire, Hôpital
Européen Georges Pompidou, 20 rue Leblanc, 75015

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual en trámite.
Hecho el depósito que establece la ley N° 11.723. Los textos
que en esta publicación se editan expresan la opinión de sus
firmantes o de los autores que han redactado los artículos
originales. Trabajos Distinguidos/Trabalhos Destacados y
Temas Maestros son marcas y procedimientos
internacionalmente registrados por la Sociedad
Iberoamericana de Información Científica. Prohibida la
reproducción total o parcial por cualquier medio sin previa
autorización por escrito de la Sociedad Iberoamericana de
Información Científica (SIIC).



Información adicional en
www.siic.salud.com



Artículo completo en
www.siic.info

Colección

Trabajos Distinguidos

Serie

Neurociencias

www.trabajosdistinguidos.com/trabdis.php

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 Calil, 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 Gojman, Isaac Guz, Teresinha Fatima Hassan, Deitos, Juan J. Lopez-Ibor Jr., Néstor Marchant, Hugo Marietán, Andrea Márquez López Mato, Miguel Márquez, Miguel Ángel Materazzi, Roger Montenegro, Amelia Musacchio de Zan, Jorge Nazar, Ramón Noguera Hosta, Alberto Ortiz Frágoles, 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 Psiquiatria
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
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

Artículos distinguidos

(<http://www.siiisalud.com/main/expinv.htm>)

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 *Insight* en la Esquizofrenia y su Relación con Variables Afectivas, Cognitivas y Psicopatológicas

 Bibliografía completa, especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de la autora.



Rosario Bengochea Seco, Columnista Experta
Sociedad Iberoamericana de Información Científica

Función que desempeña: Psicología. Psicología Clínica, Esquizofrenia.
Centro Hospitalario Padre Menni, Santander, Cantabria, España

Otro trabajo de su autoría: Gil D, Bengochea R, Arrieta M, Lastra I, Sánchez R, Alvarez A, Diego M, Prat R. Uso del Test Barcelona para la valoración cognitiva de los pacientes con esquizofrenia, Actas Españolas de Psiquiatría 38, 2008

Página de la autora: www.siiisalud.com/dato/dat053/09914022a.htm

Abstract

Research into insight has come to the conclusion that this is a multidimensional variable, associated with other variables such as psychotic symptoms, cognitive impairment, and depression. In this study, which was performed on a sample of 136 subjects who were diagnosed with schizophrenia, the authors planned to reproduce a previous study in which the existence of two factors related to insight were established: a psychotic factor, and a cognitive factor. The psychotic factor refers to a general knowledge of the illness, which correlates with psychotic symptoms. The cognitive factor refers to a broader and more specific understanding of the illness, and it requires the preservation of certain cognitive areas. The study also states the need to study the relationship between the different dimensions of insight and variables such as depression, anxiety and suicidal ideation. The results support the presence of both factors. The psychotic factor was associated with depression and anxiety, whereas the cognitive factor was not. The therapeutic implications of these results are discussed.

Resumen

La investigación sobre el *insight* ha concluido que se trata de una variable multidimensional, que se relaciona con otras variables como la sintomatología psicótica, el deterioro cognitivo y la depresión. En el presente estudio, realizado con una muestra de 136 sujetos diagnosticados de esquizofrenia, los autores plantean verificar un estudio anterior en el que establecían la existencia de dos factores del *insight*: un factor psicótico y un factor cognitivo. El primero hace referencia a un conocimiento general de la enfermedad, que correlaciona con la sintomatología psicótica. El factor cognitivo se refiere a un conocimiento más amplio y específico de la enfermedad y requiere el funcionamiento preservado de ciertas áreas cognitivas. Asimismo, se plantea estudiar la relación entre las diferentes dimensiones del *insight* y variables como la depresión, la ansiedad y las ideas de suicidio. Los resultados obtenidos corroboran la existencia de ambos factores. El factor psicótico se relacionó con la depresión y la ansiedad, mientras que el factor cognitivo no. Se discuten las consecuencias terapéuticas de estos resultados.

Introducción

La investigación sobre el *insight* en la esquizofrenia y su relación con otras variables clínicas ha sido extensa en los últimos años. El interés radica en que aproximadamente la mitad de estos pacientes muestra problemas de *insight* con respecto a la enfermedad^{1,2} y en las relaciones significativas encontradas entre *insight* y variables como la psicopatología,³⁻¹⁸ la adaptación funcional,^{5,19-21} y la competencia y ajuste social.^{10,22-32}

También se han encontrado numerosos resultados de la relación entre *insight* y funcionamiento cognitivo. Sin embargo, los estudios realizados no muestran unanimidad en las áreas cognitivas específicas que se relacionan con el *insight*. Dickerson y col.²² encontraron relación con el pensamiento abstracto; Mutsatsa y col.,³¹ con la memoria operativa o de trabajo; Keshavan y col.¹⁴ relacionan el *insight* con la memoria, el aprendizaje y la función ejecutiva; Ritsner y

Blumenkrantz,³³ con la atención sostenida y la función ejecutiva, en tanto que Gil y col.¹⁷ lo relacionan con la atención, la memoria operativa, las estrategias de memorización y aprendizaje, y el razonamiento verbal y no verbal.

Otra variable analizada en numerosas ocasiones en la esquizofrenia ha sido la depresión. Judd³⁴ afirma que los pacientes con esquizofrenia tienen más probabilidad de sufrir a lo largo de su enfermedad un episodio de depresión que el resto de la población, esta probabilidad es incluso 14 veces mayor. Existen pruebas de que afecta especialmente tras el primer episodio psicótico,^{35,36} o bien durante o inmediatamente después de una crisis³⁷ y, al igual que el *insight*, parece ser un factor asociado a una peor evolución de esta enfermedad.^{38,39} Es numerosa la evidencia de la relación existente entre *insight* y depresión.^{7,31,40-48}

Por otro lado, aunque son escasos los estudios que vinculan el *insight* con las ideas de suicidio,⁴⁹⁻⁵¹ la relación entre *insight* y depresión se ha correlacionado con un mayor riesgo suicida.^{45,52,53} Schwartz⁵² plantea la existencia de una relación lineal entre *insight*, desesperanza, depresión y riesgo

Participaron en la investigación: David Gil Sanz, Marta Arrieta Rodríguez, Mar Fernández Modamio, Centro Hospitalario Padre Menni; Ismael Lastra Martínez, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

de suicidio, donde la depresión sería una variable mediadora entre el *insight* y el suicidio. Bourgeois y col.⁵³ también exponen que la depresión y la desesperanza podrían mediar entre la conciencia de enfermedad y el riesgo suicida, y que si bien el *insight* puede ser un factor de riesgo al inicio de la enfermedad, tras un período de seguimiento de dos años este riesgo se reduce, e incluso el *insight* se convierte con el tiempo en un buen indicador de adhesión al tratamiento.⁵⁴

Por último, una variable poco analizada en relación con el *insight*, es la ansiedad. Dickerson y col.,⁵⁵ Freudenreich y col.⁵⁶ y Saravanan y col.⁵⁷ encuentran relación entre ambas, mientras que otros estudios no lo hacen.⁵⁸

La dificultad derivada de los estudios del *insight* y su relación con otras variables, así como la variabilidad de resultados, parece derivarse del concepto de *insight* utilizado, ya que puede ser tomado como una medida única o bien como un constructo multidimensional.^{17,59} Así, aunque la mayoría de los estudios relacionan una medida general de *insight* con depresión, otros encuentran relaciones al valorar dimensiones específicas del mismo. Moore y col.⁶⁰ señalan que es la conciencia de las consecuencias de la enfermedad la que se relaciona con depresión; Smith y col.⁸ y Schwartz y Petersen⁴³ la relacionan con la conciencia de síntomas positivos; en tanto que Sim y col.⁶¹ lo vinculan con la conciencia general de enfermedad, de las consecuencias sociales y de la eficacia del tratamiento.

El objetivo de este trabajo de revisar los resultados anteriores sobre la existencia de dos factores del *insight*¹⁷ (uno basado en una conciencia general de enfermedad relacionado con la sintomatología, y otro basado en un conocimiento más específico que guardaría relación con las capacidades cognitivas), así como analizar la relación existente entre la conciencia de enfermedad y síntomas de tipo afectivo.

Material y método

La muestra está compuesta por 136 pacientes diagnosticados de esquizofrenia, según los criterios CIE-10, que acuden a un centro de rehabilitación psicosocial perteneciente al Centro Hospitalario Padre Menni, de Santander, España. En el momento del estudio, todos los pacientes recibían medicación antipsicótica. Las características sociodemográficas de la muestra son las que siguen: 63.2% hombres y 36.8% mujeres; la media de años de evolución de la enfermedad es de 11.70 (DE = 8.49); en cuanto a los rangos de edad, el 17.6% tiene menos de 25 años; el 44.9% entre 25 y 35; el 22.1% entre 36 y 45, y el 15.4% es mayor de 45 años. Con respecto al nivel de estudios, el 14% tiene estudios incompletos, el 33.1% estudió primaria, el 46.4% cursó secundaria, y el 6.5% posee estudios universitarios.

La capacidad de *insight* se valoró como medida general mediante el ítem de la Escala del Síndrome Positivo y Negativo en la Esquizofrenia (PANSS) "ausencia de juicio e introspección"; y de forma específica mediante una entrevista con preguntas que hacían referencia a diferentes componentes del *insight*: conciencia de padecer una enfermedad, conciencia de necesitar un tratamiento, conciencia de las consecuencias funcionales producidas por el trastorno, conciencia de tener síntomas positivos, conciencia de tener síntomas negativos y atribución de los síntomas. La forma de valorar estos ítem era mediante una escala tipo Likert (0, ausencia de *insight*; 1, conciencia parcial; 2, conciencia completa). Para valorar la sintomatología se

utilizó la PANSS, en la versión española de Peralta y Cuesta.⁶²

El rendimiento cognitivo se evaluó mediante el Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica "Test Barcelona", de J. Peña-Casanova.⁶³ Se eligieron los siguientes ítem de los que componen este test: dígitos directos, dígitos inversos, evocación categorial, memoria verbal (textos inmediatos y textos diferidos), aprendizaje de palabras, memoria visual (inmediata y reproducción diferida), cálculo (mental y escrito), problemas aritméticos, abstracción verbal (semejanzas y comprensión), clave de números y cubos. Los ítem fueron seleccionados sobre la base de la versión abreviada que los autores proponen para la valoración de deterioro cognitivo en esquizofrenia.

La evaluación de la sintomatología depresiva se realizó mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI).⁶⁴ Se evaluó la ansiedad con el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), de Spielberger.⁶⁵ En cuanto a las ideas de suicidio, los datos se obtuvieron mediante entrevista, considerándose como ideas de suicidio cualquier pensamiento actual de desear la muerte o pensar en quitarse la vida.

Análisis estadístico

Para revisar la existencia de dos factores del *insight*, se realizó de nuevo un análisis de componentes principales con rotación varimax. Se extrajeron los factores con valores propios (*eigen-values*) mayores o iguales a 1. La relación de los factores resultantes con las demás variables incluidas en el estudio, salvo las ideas de suicidio, se analizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson. La relación con las ideas de suicidio se valoró mediante una regresión lineal. Los análisis estadísticos se realizaron con la versión 13.0 del programa estadístico SPSS.⁶⁶

Resultados

Los resultados obtenidos mediante el análisis de componentes principales corroboraron la extracción de dos factores principales. El factor 1, que explicaba el 64% de la varianza, estaba compuesto por los ítem "conciencia de síntomas positivos", "conciencia de síntomas negativos", "atribución de los síntomas" y "conciencia de las consecuencias de la enfermedad". El factor 2, que explicaba el 12% de la varianza, incluía los ítem "conciencia de enfermedad", "conciencia de necesidad de tratamiento", y el ítem de la PANSS "ausencia de juicio e introspección".

El coeficiente de correlación de Pearson mostró que el factor 1 del *insight* se relacionaba con los subtest del Test Barcelona dígitos directos, aprendizaje de palabras, memoria visual inmediata, cálculo, semejanzas, clave de números y cubos (Tabla 1). Por otra parte, el factor 2 del *insight* correlacionó con las puntuaciones de las escalas positiva, negativa y de sintomatología general de la PANSS, así como con los siguientes síntomas: delirios, desorganización conceptual, excitación, suspicacia/prejuicio, hostilidad, contacto pobre, pensamiento estereotipado, preocupaciones somáticas, falta de colaboración, inusuales contenidos del pensamiento, atención deficiente, trastornos de la volición y evitación social activa (Tabla 2).

En cuanto a la relación con los síntomas de tipo afectivo, el factor 1 no mostró ninguna relación ni con el STAI ni con el BDI. El factor 2, sin embargo, correlacionó con las puntuaciones de ansiedad rasgo del STAI ($r = 0.220$, $p = 0.015$) y con el BDI ($r = 0.199$, $p = 0.026$).

La regresión lineal mostró que ninguno de los factores del *insight* se relacionaba con las ideas de suicidio, aunque la

Tabla 1.

Subtests del Test Barcelona	Factor 1: Dimensión "cognitiva" del <i>insight</i> (Conciencia síntomas positivos, Conciencia síntomas negativos, Atribución síntomas, Conciencia consecuencias)	
	Pearson	p
Dígitos directos	0.192	0.033
Dígitos inversos	0.129	0.156
Evocación categorial	0.024	0.802
Memoria de textos inmediata (evocación)	0.156	0.088
Memoria de textos inmediata (preguntas)	0.118	0.199
Memoria de textos diferida (evocación)	0.117	0.204
Memoria de textos diferida (preguntas)	0.031	0.736
Aprendizaje verbal	0.279	0.002
Memoria visual inmediata	0.179	0.049
Memoria visual diferida	0.125	0.207
Cálculo mental (puntuación)	0.228	0.013
Cálculo mental (tiempo)	0.224	0.015
Cálculo escrito (puntuación)	0.211	0.024
Cálculo escrito (tiempo)	0.231	0.013
Problemas aritméticos (puntuación)	0.176	0.059
Problemas aritméticos (tiempo)	0.181	0.054
Semejanzas	0.214	0.021
Comprensión	0.057	0.538
Clave de números	0.196	0.034
Cubos (puntuación)	0.211	0.020
Cubos (tiempo)	0.167	0.068

Coefficiente de correlación de Pearson entre el factor 1 del *insight* y los subtests del Test Barcelona.

Tabla 2.

Ítems de la PANSS	Factor 2: Dimensión "psicótica" del <i>insight</i> (Conciencia de enfermedad, Conciencia tratamiento, PANSS: Ausencia de juicio e introspección)	
	Pearson	p
Escala positiva (PANSS-P)	-0.347	0.000
Escala negativa (PANSS-N)	-0.175	0.049
Psicopatología general (PANSS-PG)	-0.263	0.003
Puntuación total	-0.237	0.009
P1. Delirios	-0.266	0.002
P2. Desorganización conceptual	-0.210	0.017
P4. Excitación	-0.280	0.001
P5. Grandiosidad	-0.180	0.042
P7. Hostilidad	-0.360	0.000
N3. Contacto pobre	-0.279	0.001
N7. Pensamiento estereotipado	-0.255	0.004
PG1. Preocupaciones somáticas	0.176	0.048
PG8. Falta de colaboración	-0.374	0.000
PG9. Inusuales contenidos del pensamiento	-0.177	0.046
PG11. Atención deficiente	-0.217	0.014
PG13. Trastornos de la volición	-0.208	0.019
PG16. Evitación social activa	-0.180	0.044

Coefficiente de correlación de Pearson entre el factor 2 del *insight* y los ítems de la PANSS.

variable "conciencia de las consecuencias de la enfermedad", que forma parte del factor 1, sí se relacionó con las ideas de suicidio ($t = 2.292$, $p = 0.024$).

Conclusiones

Como en el estudio anterior,¹⁷ se pone de manifiesto la existencia de dos factores del *insight*, uno que se puede denominar "factor cognitivo", con los ítem conciencia de

síntomas positivos, conciencia de síntomas negativos, atribución de síntomas y conciencia de las consecuencias (factor 1), y otro, al que llamamos "factor psicótico", con los ítem conciencia de enfermedad, conciencia de tratamiento y ausencia de juicio e introspección de la PANSS (factor 2); estableciéndose así una diferencia entre una conciencia de enfermedad inespecífica y genérica (factor 2), y el reconocimiento más preciso de los síntomas y las consecuencias de la enfermedad (factor 1), lo cual justificaría la consideración del *insight* como un constructo multidimensional.

Las correlaciones que encontramos entre el factor 1, al que llamamos dimensión "cognitiva" del *insight*,¹⁷ y aquellas pruebas que valoran funciones cognitivas superiores han sido también constatadas en otros estudios.^{14,46} Los resultados apoyan la hipótesis de que un menor deterioro de las funciones cognitivas permite tener un *insight* más amplio, que vaya más allá de una conciencia general de la enfermedad, hasta capacitar para entender aspectos más específicos de ella y sus consecuencias. Esto tendría interés desde el punto de vista de la rehabilitación cognitiva, como paso previo a la intervención psicoeducativa.

Con respecto a los análisis anteriores,¹⁷ además de las relaciones que se establecieron entre el factor 2 y los síntomas descritos en la escala positiva, la psicopatología general y los ítem P1, P7, N7, PG8 y PG13 de la PANSS, se establecen nuevas relaciones. Estos resultados entre ausencia de *insight* y psicopatología señalan al *insight* como un síntoma más de la enfermedad, de forma que el aumento de *insight* requeriría una estabilización sintomática para su abordaje.

Por otro lado, la relación entre los síntomas de ansiedad y depresión con el factor 2 del *insight*, y la ausencia de relación con el factor 1, nos podría estar indicando la presencia de una mayor sintomatología de tipo afectivo cuando existe una conciencia general de padecer una enfermedad, pero sin reconocer claramente en qué consiste esa enfermedad. Sin embargo, tomar conciencia sobre los síntomas específicos de la esquizofrenia, y realizar una atribución adecuada de esos síntomas, se relaciona con una disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva. Estos resultados recomendarían la implementación de programas psicoeducativos en los que se trabaje la conciencia de enfermedad en todos sus aspectos. Con relación a esto, estudios anteriores refieren que *insight* y depresión parecen estar relacionados al inicio de la enfermedad, aunque sugieren la existencia de un proceso de ajuste a la enfermedad que hace que ese impacto se reduzca paulatinamente.⁴⁴

Una cuestión a debatir partiendo de nuestros resultados sería de qué forma los programas de psicoeducación deben incluir la toma de conciencia sobre las consecuencias sociales y funcionales de la enfermedad, dadas las relaciones encontradas entre la conciencia de las consecuencias de la enfermedad y las ideas de suicidio. Aunque éste debe ser un tema más investigado, una posibilidad sería desarrollar intervenciones psicoeducativas que tuvieran en cuenta el impacto emocional que el aumento del *insight* puede causar en los pacientes, de cara a trabajar sobre dicho impacto sin pérdida de efectividad en términos de prevención y manejo de recaídas.⁶⁷

Entre las limitaciones del estudio, la más importante es el hecho de que la muestra consta de pacientes que acuden a un centro de rehabilitación psicosocial, lo cual podría afectar la evaluación tanto del *insight* como de la sintomatología

afectiva. Por otro lado, sería importante incidir en un mayor estudio tanto de ideas como de conductas autolíticas asociadas a las variables de estudio para mostrar una visión más amplia de las consecuencias del *insight*, sobre todo

asociado a síntomas depresivos. Y por último, en investigaciones futuras sería interesante valorar la influencia tanto sumatoria como por separado de ambas variables, *insight* y depresión, en la evolución de la enfermedad.

Los autores no manifiestan “conflictos de interés”.

Recepción: 9/9/2008 - Aprobación: 14/10/2008

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2009

Bibliografía

- Amador XF, Friedman JH, Kasapis C, Y SA, Flaum M, Gorman JM. Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am J Psychiatry* 153(9):1185-1188, 1996.
- Fenning S, Everett E, Bromet EJ, Jandorf L, Fenning SR, Tanenberg-Karant M y col. *Schizophr Res* 22(3):257-263, 1996.
- Collins AA, Remington GJ, Coulter K, Birkett K. Insight, neurocognitive function and symptom clusters in chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 27(1):37-44, 1997.
- Sanz M, Constable G, Lopez-Ibor I, Kemp R, David AS. A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychol Med* 28:437-446, 1998.
- Schwartz RC. Symptomatology and insight in schizophrenia. *Psychol Rep* 82(1):227-233, 1998.
- Schwartz RC. The relationship between insight, illness and treatment outcome in schizophrenia. *Psychiatric Q* 69:1-22, 1998.
- Smith TE, Hull JW, Israel LM, Willson DF. Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull* 26(1):193-200, 2000.
- Smith TE, Hull JW, Huppert JD, Silverstein SM, Anthony DT, McClough JF. Insight and recovery from psychosis in chronic schizophrenia and schizoaffective disorder patients. *J Psychiatr Res* 38(2):169-176, 2004.
- Buckley PF, Hasan A, Friedman L, Cerny C. Insight and schizophrenia. *Compr Psychiatry* 42(1):39-41, 2001.
- McCabe R, Quayle E, Beirne AD, Anne Duane MM. Insight, global neuropsychological functioning, and symptomatology in chronic schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 190(8):519-525, 2002.
- Williams CC, Collins A. Factors associated with insight among outpatients with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 53(1):96-98, 2002.
- Vaz FJ, Béjar A, Casado M. Insight, psychopathology, and interpersonal relationships in schizophrenia. *Schizophr Bull* 28(2):311-7, 2002.
- Rossell SL, Coakes J, Shapleske J, Woodruff PW, David AS. Insight: its relationship with cognitive function, brain volume and symptoms in schizophrenia. *Psychol Med* 33(1):111-119, 2003.
- Keshavan MS, Rabinowitz J, DeSmedt G, Harvey PD, Schooler N. Correlates of insight in first episode psychosis. *Schizophr Res* 70(2-3):187-94, 2004.
- Nakano H, Terao T, Iwata N, Hasako R, Nakamura J. Symptomatological and cognitive predictors of insight in chronic schizophrenia. *Psychiatry Res* 127(1-2):65-72, 2004.
- Sevy S, Nathanson K, Visweswariah H, Amador X. The relationship between insight and symptoms in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 45(1):16-9, 2004.
- Gil D, Bengochea R, Arrieta M, Lastra I, Alvarez A, Sánchez R, Diego MA. Insight, neurocognition y psicopatología en esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 34(5):317-322, 2006.
- Saeedi H, Addington J, Addington D. The association of insight with psychotic symptoms, depression and cognition in early psychosis: a 3-year follow-up. *Schizophr Res* 89(1-3):123-128, 2007.
- Schwartz RC, Cohen BN, Grubaugh A. Does insight affect long-term inpatient treatment outcome in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry* 38(5):283-288, 1997.
- Lysaker PH, Campbell K, Johannesen JK. Hope, Awareness of illness, and coping in schizophrenia spectrum disorders: Evidence of an interaction. *J Nerv Ment Dis* 193(5):287-292, 2005.
- Lincoln TM, Lüllmann E, Rief W. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophr Bull* 33(6):1324-1342, 2007.
- Dickerson FB, Boronow JJ, Ringel N, Parente F. Lack of insight among outpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 48(2):195-199, 1997.
- Lysaker P, Bell M, Milstein R, Bryson G, Beam-Goulet J. Insight and psychosocial treatment compliance in schizophrenia. *Psychiatr* 57(4):307-315, 1994.
- Lysaker PH, Bell MD, Bryson G, Kaplan E. Insight and interpersonal function in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 186(7):432-436, 1998.
- Arango C, Calcedo BA, Gonzalez S, Calcedo OA. Violence in inpatients with schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Bull* 25:493-503, 1999.
- Smith TE, Hull JW, Goodman M, Hedayat-Harris A, Willson DF, Israel LM et al. The relative influences of symptoms, insight and neurocognition on social adjustment in schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Nerv Ment Dis* 187(2):102-108, 1999.
- Francis JL, Penn DL. The relationship between insight and social skill in persons with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis* 189(12):822-9, 2001.
- Yen CF, Yeh ML, Chen CS, Chung HH. Predictive value of insight for suicide, violence, hospitalization, and social adjustment for outpatients with schizophrenia: a prospective study. *Compr Psychiatry* 43(6):443-447, 2002.
- Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L, Noffsinger SG, Resnick PJ, Camlin-Shingler K. Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 161:1712-1714, 2004.
- Cernovsky ZZ, Landmark JA, Merskey H, Husni M. Clinical correlates of insight in schizophrenia. *Psychol Rep* 95(3):821-827, 2004.
- Mutsatsa SH, Joyce EM, Hutton SB, Barnes TRE. Relationship between insight, cognitive function, social function and symptomatology in schizophrenia. The West London first episode study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256:356-363, 2006.
- Lincoln TM, Hodgins S. Is lack of insight associated with physically aggressive behavior among people with schizophrenia living in the community? *J Nerv Ment Dis* 196:62-66, 2008.
- Ritsner MS, Blumenkrantz H. Predicting domain-specific insight of schizophrenia patients from symptomatology, multiple neurocognitive functions, and personality related traits. *Psychiatry Res* 149(1):59-69, 2006.
- Judd LL. Mood disorders in schizophrenia: epidemiology and comorbidity. *J Clin Psychiatry* 16:2-4, 1998.
- Addington D, Addington J, Patten S. Depression in people with first-episode schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl* 172(33):90-92, 1998.
- Addington J, Leriger E, Addington D. Symptom outcome 1 year after admission to an early psychosis program. *Can J Psychiatry* 48(3):204-207, 2003.
- McGlashan TH, Carpenter WT. Post-psychotic depression in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatr* 33:231-239, 1976.
- Sands JR, Harrow M. Depression during the longitudinal course of schizophrenia. *Schizophr Bull* 25(1):157-171, 1999.
- Addington DD, Azorin JM, Falloon IRH, Gerlach J, Hirsch SR, Siris, SG. Clinical issues related to depression in schizophrenia: an international survey of psychiatrists. *Acta Psychiatr Scand* 105:189-195, 2002.
- Collins AA, Remington GJ, Coulter K, Birkett K. Insight, neurocognitive function and symptom clusters in chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 27(1):37-44, 1997.
- Smith TE, Hull JW, Santos L. The relationship between symptoms and insight in schizophrenia: a longitudinal perspective. *Schizophr Res* 33 1(2):63-67, 1998.
- Carroll A, Fattah S, Clyde Z, Coffey I, Owens DG, Johnstone EC. Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophr Res* 35(3):247-253, 1999.
- Schwartz RC, Petersen S. The relationship between insight and suicidality among patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 187(6):376-378, 1997.
- Drake RJ, Pickles A, Bentall RP, Kinderman P, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW. The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia. *Psychol Med* 34(2):285-292, 2004.
- Crumlish N, Whitty P, Kamali M, Clarke M, Browne S, McTigue O, Lane A, Kinsella A, Larkin C, O'Callaghan E. Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta Psychiatr Scand* 112(6):449-455, 2005.
- McEvoy JP, Jhonson J, Perkins D, Lieberman JA, Hamer RM, Keefe RSE, y col. Insight in first-episode psychoses. *Psychol Med* 36:1385-1393, 2006.
- Schwartz-Stav O, Apter A, Zalsman G. Depression, suicidal behavior and insight in adolescents with schizophrenia. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 15(6):352-359, 2006.
- Saeedi H, Addington J, Addington D. The association of insight with psychotic symptoms, depression, and cognition in early psychosis: A 3-year follow-up. *Schizophr Res* 89(1-3):123-128, 2007.
- Schwartz RC. Insight and suicidality in schizophrenia: a replication study. *J Nerv Ment Dis* 188(4):235-237, 2000.
- Kim CH, Jayathilake K, Meltzer HY. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophr Res* 60(1):71-80, 2003.
- Schwartz RC, Smith SD. Suicidality and psychosis: the predictive potential of symptomatology and insight into illness. *J Psychiatr Res* 38(2):185-191, 2004.
- Schwartz RC. Self-awareness in schizophrenia: its relationship to depressive symptomatology and broad psychiatric impairments. *J Nerv Ment Dis* 189(6):401-403, 2001.

Informes seleccionados

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.

Reseñas seleccionadas

1 - Características Clínicas, Respuesta al Tratamiento y Funcionamiento de los Pacientes Bipolares en Presencia o Ausencia de Comorbilidad con el Trastorno por Uso Indebido de Sustancias: Seguimiento a un Año

Mazza M, Mandelli L, Janiri L y colaboradores

Catholic University of Sacred Heart, Roma; University of Bologna, Bologna, Italia

[Clinical Features, Response to Treatment and Functional Outcome of Bipolar Disorder Patients with and without Co-Occurring Substance Use Disorder: 1-Year Follow-Up]

Journal of Affective Disorders 115(1-2):27-35, May 2009

El 60% de los pacientes con trastorno bipolar presentará un trastorno por uso indebido de sustancias a lo largo de su vida. Dicha frecuencia es mayor que la estimada en individuos con otros trastornos del eje I.

La coexistencia entre el trastorno bipolar (TBP) y el trastorno por uso indebido de sustancias es frecuente. Según lo informado, el 60% de los pacientes con TBP tipo I (TBP-I) presentará un trastorno por uso indebido de sustancias a lo largo de su vida. Dicha frecuencia es superior en comparación con la estimada en sujetos con otros trastornos del eje I. También se informó que el consumo de alcohol se asocia en mayor medida con el TBP en comparación con lo observado en caso de depresión o distimia. Es posible que los síntomas maníacos sean importantes respecto de dicha asociación, aunque los mecanismos subyacentes aún no son comprendidos en profundidad. Otros autores propusieron que el TBP precedido por el uso indebido de sustancias puede corresponderse con una forma más leve de bipolaridad desde el punto de vista clínico.

La coexistencia entre el TBP y el trastorno por uso indebido de sustancias generalmente se asocia con un aumento de la frecuencia de ciclado rápido y manía mixta o disfórica, con síntomas de mayor gravedad y con una evolución desfavorable. El cumplimiento del tratamiento farmacológico resulta importante para prevenir las recurrencias. En este sentido, la presencia de trastorno por uso indebido de sustancias aumenta la probabilidad de incumplimiento terapéutico. Otro factor importante en términos de evolución es la calidad de vida, ya que influye significativamente sobre el funcionamiento de los pacientes. A pesar de lo antedicho, los estudios al respecto son limitados. Este trabajo se llevó a cabo con el objetivo de evaluar la evolución de los pacientes bipolares que presentan comorbilidad con trastorno por uso indebido de sustancias.

Pacientes y métodos

El presente estudio fue naturalista. Participaron pacientes ambulatorios de 18 a 80 años que reunían los criterios para el diagnóstico de TBP-I, TBP-II o trastorno ciclotímico incluidos en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los

Trastornos Mentales (DSM-IV). Dicho diagnóstico se corroboró mediante la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorders* (SCID-I). La SCID también se utilizó para evaluar el antecedente y la presencia de trastorno por uso indebido de sustancias. Además se recabó información mediante entrevistas a los pacientes y sus familiares, y análisis toxicológicos de sangre y orina. La presencia de trastornos del eje II se valoró mediante la SCID-II en ausencia de sintomatología aguda durante un período de 3 meses.

Se reunió información sobre las características sociodemográficas y clínicas. Con este último fin se aplicaron las escalas *Hamilton Depression Rating Scale* (HAMD), *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HAMA), *Young Mania Rating Scale* (YMRS) y *Global Assessment Scale* (GAS). El desempeño social y la calidad de vida se valoraron mediante la *Social Adjustment Self-reported Scale* (SASS) y la *Quality of Life Scale* (QoL), respectivamente. Los pacientes fueron evaluados periódicamente durante un año de tratamiento. Entre las drogas que recibieron los participantes se incluyeron antipsicóticos típicos y atípicos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo y anticonvulsivos nuevos. Por último, se valoró el cumplimiento terapéutico.

Resultados

El 49.2%, 22.3% y 28.5% de los pacientes reunió los criterios para el diagnóstico de TBP-I, TBP-II o trastorno ciclotímico, respectivamente. Al inicio del estudio, los sujetos con TBP-I presentaron síntomas maníacos más graves en comparación con el resto de los participantes. No se hallaron diferencias significativas entre los grupos en términos de ansiedad, depresión y comorbilidad con trastornos del eje II al inicio del estudio.

Ningún paciente presentaba un cuadro de intoxicación aguda al inicio de la investigación. No obstante, la mitad presentó un trastorno por uso indebido de sustancias comórbido. De ellos, el 30.3% refirió antecedentes de consumo de sustancias, en tanto que el 69.7% eran abusadores al inicio del estudio. Se estimó que el período medio transcurrido desde el inicio de la bipolaridad y el abuso/dependencia de sustancias fue de 5.7 ± 5.1 años.

Se halló una asociación entre la presencia de trastorno por uso indebido de sustancias y la probabilidad elevada de sexo masculino, soltería o divorcio e índice de masa corporal (IMC) medio bajo. Además, el trastorno por uso indebido de sustancias se relacionó principalmente con el diagnóstico de TBP-II o trastorno ciclotímico, con la probabilidad elevada de trastornos de la personalidad y con una disminución de la probabilidad de síntomas maníacos graves. En coincidencia, los pacientes con TBP-II o trastorno ciclotímico presentan síntomas maníacos menos graves en comparación con los pacientes con TBP-I.

No se halló una asociación entre la interrupción del tratamiento y la comorbilidad con el trastorno por uso indebido de sustancias. En cambio, dicho abandono guardó relación con una edad menor y con la administración de dosis bajas de fármacos. El diagnóstico de TBP-I y el uso de dosis bajas de fármacos se correlacionaron con la interrupción

del tratamiento. No se observó una diferencia significativa entre los pacientes con trastorno por uso indebido de sustancias o sin dicho trastorno en términos de mejoría durante el tratamiento en ninguna de las oportunidades de evaluación. En caso de comorbilidad con trastorno por uso indebido de sustancias, la frecuencia de abstinencia aumentó a medida que transcurrió el tiempo. La mayoría de las recaídas tuvo lugar entre los 3 y 6 meses de terapia. No se verificó una asociación entre las recaídas y las variables clínicas y demográficas. No obstante, los varones y los pacientes con trastornos de adaptación social al inicio del estudio presentaron una frecuencia más elevada de recaídas respecto del consumo de sustancias.

Discusión

Los resultados obtenidos permiten sugerir que los pacientes con TBP-II o trastorno ciclotímico presentan una frecuencia más elevada de comorbilidad con el trastorno por uso indebido de sustancias en comparación con los sujetos con TBP-I. Los hallazgos coinciden parcialmente con lo informado en estudios anteriores. El 80% de los trastornos por uso indebido de sustancias estaba relacionado con el consumo de alcohol. En coincidencia, en investigaciones anteriores se informó que el alcohol y la marihuana son las sustancias más consumidas por los sujetos bipolares.

Según lo observado, los pacientes con abuso o dependencia de sustancia eran en su mayoría hombres solteros o divorciados con trastornos de la personalidad. Son necesarios estudios adicionales para corroborar dicho resultado. La información disponible permite sugerir que la comorbilidad con trastornos del eje II empeora la evolución de los pacientes bipolares. El hallazgo de un IMC medio bajo en caso de trastorno por uso indebido de sustancias es llamativo dado que el alcohol es una significativa fuente de calorías. Los autores propusieron que dicho hallazgo se debe a que la energía obtenida a partir del alcohol reemplaza en cierta medida a la proveniente de los alimentos. Es decir, los pacientes consumirían menos alimentos a expensas de la ingesta de alcohol.

Las dosis de las drogas empleadas para el tratamiento de los participantes con trastorno por uso indebido de sustancias fueron medias o bajas. Además, estos pacientes presentaron una frecuencia más elevada de empleo de antidepresivos inespecíficos. Esto se debería a que estos últimos serían de mayor utilidad para el tratamiento de los síntomas de abstinencia de alcohol. Tanto el TBP-I como el abuso de sustancias se relacionaron de manera significativa con el abandono del tratamiento. Es posible que exista una asociación entre la falta de adhesión terapéutica, el empleo de dosis medias o bajas de fármacos y la tendencia al abandono del tratamiento en caso de trastorno por uso indebido de sustancias. No obstante, también es posible que la administración de dosis bajas de los fármacos se asocie con la ausencia de respuesta adecuada al tratamiento y con el abandono debido a la falta de eficacia.

La afectación del funcionamiento social de los pacientes al inicio del estudio fue un factor relacionado con un aumento de la probabilidad de reincidencia de consumo de sustancias. Esto se verificó especialmente entre los participantes del sexo masculino. En coincidencia, en investigaciones previas se informó que los pacientes bipolares presentan trastornos relacionados con el desempeño social y que la comorbilidad con trastorno por uso indebido de sustancias afecta la evolución clínica. También se propuso la existencia de un subgrupo de sujetos bipolares con formas relativamente leves de enfermedad afectiva que sólo se ponen de manifiesto ante el consumo de sustancias.

Entre las limitaciones del presente estudio se incluye el diseño naturalista y la heterogeneidad de las drogas y las dosis

utilizadas y de los cuadros clínicos que presentaban los participantes. No obstante, puede concluirse que la comorbilidad entre el TBP y el trastorno por uso indebido de sustancias es más probable en caso de TBP-II y trastorno ciclotímico y se asocia con sintomatología maníaca leve. Los trastornos de la personalidad serían más frecuentes en presencia de comorbilidad con trastorno por uso indebido de sustancias. Asimismo, la bipolaridad y el trastorno por uso indebido de sustancias se asociarían con una afectación significativa del funcionamiento social de los pacientes y con un aumento del riesgo de reincidencia en el consumo de sustancias. Por último, el abandono del tratamiento sería más frecuente en sujetos jóvenes con TBP-I que son tratados con dosis bajas de fármacos. Son necesarios estudios adicionales para obtener conclusiones definitivas sobre las características clínicas y terapéuticas de los pacientes bipolares que presentan comorbilidad con trastorno por uso indebido de sustancias.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/106857

2 - Tratar o no Tratar: Metanálisis sobre el Empleo de Inhibidores de la Colinesterasa para Retrasar la Progresión hacia la Enfermedad de Alzheimer en Pacientes con Deterioro Cognitivo Leve

Satler Diniz B, Pinto Jr J, Forlenza O

Institución : University of Sao Paulo, San Pablo, Brasil

[To Treat or Not to Treat? A Meta-Analysis of the Use of Cholinesterase Inhibitors in Mild Cognitive Impairment for Delaying Progression to Alzheimer's Disease]

European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience
259(4):248-256, Jun 2009

El tratamiento con inhibidores de la colinesterasa puede resultar en una disminución significativa del riesgo de progresión desde el deterioro cognitivo leve hacia la demencia y la enfermedad de Alzheimer.

La aparición de los inhibidores de la colinesterasa (ICo) tuvo lugar a principio de los 90 y permitió lograr una mejoría significativa del cuadro clínico de los pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA). Dicha mejoría se verificó en estudios controlados con placebo en términos de funcionamiento cognitivo y estado clínico global. No obstante, el tratamiento continuo se asoció con una disminución de sus beneficios y con la progresión del deterioro cognitivo. En consecuencia, el empleo de ICo se consideró de utilidad para el tratamiento sintomático sin modificación de la progresión o el déficit cognitivo de los pacientes con EA. Además, no se hallaron diferencias entre los agentes ICo en términos de perfil de eficacia y eventos adversos.

En estudios abiertos en fase de continuación se informó que la administración de ICo a largo plazo disminuye el deterioro cognitivo y mejora el estado clínico global de los pacientes con EA. También se halló una mejoría relacionada con la neurobiología y la fisiopatología de la EA. Es decir, el empleo de ICo a largo plazo podría retrasar la progresión de la

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

enfermedad. Por este motivo se efectuaron estudios en pacientes con deterioro cognitivo leve con el propósito de evaluar el efecto del tratamiento con ICo sobre la progresión hacia la EA. Los resultados no indicaron beneficios significativos. No obstante, la ausencia de beneficios podría relacionarse con la falta de criterios estandarizados para definir el deterioro cognitivo leve, el empleo de protocolos de evaluación diferentes en los estudios y la inclusión de una población heterogénea de participantes, entre otras limitaciones. El objetivo del presente metanálisis fue evaluar la utilidad de los ICo para retrasar la progresión clínica de los pacientes con deterioro cognitivo leve.

Pacientes y métodos

Se llevó a cabo una selección de estudios a partir de diferentes bases de datos como Medline y Embase. Los términos empleados para realizar la búsqueda fueron deterioro cognitivo leve, donepecilo, rivastigmina y galantamina, entre otros. Los estudios incluidos fueron a doble ciego, controlados con placebo y aleatorizados y se habían realizado con el propósito de demostrar un retraso en la progresión hacia la EA. Los criterios para el diagnóstico de deterioro cognitivo leve aplicados en los estudios fueron los de Petersen o los correspondientes a la escala *Clinical Dementia Rating* (CDR). La información obtenida de los trabajos se correspondió con la droga empleada, la dosis administrada y la cantidad de participantes y sus características demográficas. También se consideró la duración de los estudios y la progresión hacia la EA. Además, se prestó especial atención a las causas de interrupción del tratamiento, a la aparición de eventos adversos graves y al fallecimiento de los participantes. Por último, la calidad de los estudios se valoró mediante la escala Jadad.

Resultados

Se incluyeron 3 estudios efectuados en 3 574 individuos. De ellos, 1 784 fueron tratados con ICo y 1 790 recibieron placebo. El 15.4% de los pacientes tratados con ICo progresó hacia la EA o la demencia. Dicha evolución se verificó en el 20.4% de los sujetos que recibieron placebo. El 39.8% y 29.2% de los pacientes que recibieron ICo o placebo abandonaron el tratamiento, respectivamente. Asimismo, el 23% y 23.7% de los sujetos tratados con ICo o que recibieron placebo presentaron eventos adversos graves, en el mismo orden. La frecuencia de fallecimientos fue 1.7% y 1.6%, respectivamente.

Discusión

De acuerdo con los resultados del presente metanálisis, el tratamiento a largo plazo con ICo puede resultar en una disminución significativa del riesgo de progresión desde el deterioro cognitivo leve hacia la demencia y la EA. Este hallazgo es importante si se tiene en cuenta que la población anciana es cada vez más numerosa y que la prevalencia de EA es creciente. Por lo tanto, la aplicación de estrategias terapéuticas como la estudiada en este metanálisis puede disminuir la prevalencia de la enfermedad y tener un efecto positivo sobre la salud pública.

Los pacientes tratados con ICo presentaron un aumento no significativo del riesgo de abandono del tratamiento y de muerte en comparación con los que recibieron placebo. No obstante, no se observó un aumento significativo del riesgo de eventos adversos graves asociado con la administración de dichas drogas. Además, los fallecimientos registrados entre los individuos que recibieron ICo no se consideraron relacionados con el tratamiento.

Según lo hallado en estudios preclínicos, el metabolismo de la proteína precursora de amiloide se encuentra regulado por

la activación de receptores muscarínicos. Concretamente, el agonismo de los receptores M1 y M3 favorece el procesamiento de la proteína y disminuye la síntesis y la formación de agregados de amiloide en el tejido cerebral. Además, la activación de los receptores muscarínicos inhibe la fosforilación de la proteína tau y la activación de otras proteínas involucradas en la fisiopatología de la EA.

En estudios efectuados en pacientes con deterioro cognitivo leve se corroboró la utilidad de los ICo para modificar el curso de la enfermedad, aunque los resultados fueron heterogéneos. En este sentido se informó la utilidad del donepecilo en comparación con el placebo en pacientes portadores del alelo APOE84, un factor de riesgo conocido de EA. El efecto favorable del donepecilo fue confirmado luego de 36 meses de seguimiento. Si bien otros autores no corroboraron la utilidad del donepecilo en portadores del alelo APOE84 se informaron ciertos beneficios neuroanatómicos ante la administración de rivastigmina. No obstante, dichos beneficios no se relacionaron con una disminución de la frecuencia de progresión hacia la EA.

Los hallazgos obtenidos en esta investigación permiten sugerir que el tratamiento a largo plazo con ICo en caso de deterioro cognitivo leve puede resultar en una disminución de la progresión de la enfermedad al mejorar el desempeño cognitivo de los pacientes. De todos modos debe considerarse la posibilidad de que el empleo de ICo a largo plazo estimule la aparición de cambios neurobiológicos que a su vez limiten la progresión hacia la EA. Debe destacarse que la administración a largo plazo de estas drogas se relacionó con una mejoría del puntaje de la subescala cognitiva de la *Alzheimer's Disease Assessment Scale* (ADAS-Cog) y de la *Mini Mental State Examination* (MMSE), entre otros parámetros de evaluación. Del mismo modo, el tratamiento mejoró el funcionamiento global de los pacientes evaluado mediante la CDR. Dichos hallazgos coincidieron con los resultados de las fases de continuación de diferentes estudios efectuados en pacientes con EA tratados con ICo. En cambio, los resultados de otros estudios aleatorizados y controlados no fueron favorables. Esto se debería a la ausencia de criterios diagnósticos y de evaluación estandarizados para los sujetos con deterioro cognitivo leve. Además, el tiempo necesario para observar la conversión del deterioro cognitivo leve en EA puede ser muy variable. Esto podría afectar los resultados de los estudios.

Otra limitación de los trabajos disponibles reside en la falta de especificidad del diagnóstico de deterioro cognitivo leve para predecir la progresión hacia la demencia. De hecho, la evolución de los pacientes con deterioro cognitivo leve puede ser variable y la precisión, sensibilidad y especificidad de los criterios diagnósticos empleados fue limitada. Por lo tanto es posible que se hayan incluido sujetos sin riesgo de evolución hacia la demencia. Tampoco se consideró la presencia de biomarcadores que permitan identificar aquellos pacientes con un riesgo elevado de progresión hacia la EA como la atrofia del hipocampo. Debido a que la magnitud de efecto de los ICo sería limitada, se evaluó una cantidad significativa de pacientes con el objetivo de detectar los beneficios del tratamiento. Esto provocó la inclusión de una población heterogénea que posiblemente afectó los resultados obtenidos.

Según Dubois y col., los criterios diagnósticos de EA empleados en estudios de investigación deben incluir la detección de biomarcadores. Esto permitiría identificar con mayor especificidad a los pacientes con un riesgo elevado de padecer la enfermedad y evaluar la utilidad de las intervenciones preventivas con precisión. También se sugirió el beneficio de incluir objetivos de estudio diferentes de la progresión desde el deterioro cognitivo leve hacia la demencia. Por último, debe destacarse que los ICo se evaluaron como clase de drogas pero en cada estudio se empleó un agente

diferente. La existencia de discrepancias farmacológicas entre las drogas podría haber afectado los resultados en términos de riesgo de progreso hacia la EA.

Conclusión

El tratamiento a largo plazo con ICo disminuiría el riesgo de progresión de los pacientes con deterioro cognitivo leve hacia la EA. No obstante, son necesarios estudios adicionales para obtener conclusiones definitivas al respecto.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/108514

3 - La Relación de la Bulimia y la Anorexia Nerviosa con el Trastorno Bipolar y sus Bases Temperamentales

Lunde A, Fasmer O, Oedegaard K y colaboradores

Aarhus University Hospital, Aarhus, Dinamarca; Haukeland University Hospital, Bergen, Noruega; University of California, La Jolla, EE.UU.

[The Relationship of Bulimia and Anorexia Nervosa with Bipolar Disorder and its Temperamental Foundations]

Journal of Affective Disorders 115(3):309-314, Jun 2009

Los trastornos de la alimentación se relacionan con la bipolaridad. Ambas entidades comparten temperamentos afectivos, lo cual permite sugerir que pertenecen a un espectro bipolar amplio

De acuerdo con lo informado en estudios anteriores existe una comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos afectivos. De hecho, se propuso la existencia de características etiológicas y fenomenológicas en común entre ambos trastornos, entidades de suma importancia en términos clínicos y de salud pública. En diferentes investigaciones se informó la presencia simultánea de trastornos de la alimentación y trastorno bipolar. No obstante, la relación entre dichas entidades no es comprendida en su totalidad, por lo que resultan necesarios estudios adicionales al respecto.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la relación entre los trastornos de la alimentación y los trastornos afectivos mayores en pacientes con trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar. Se prestó especial atención a esta última entidad y todo su espectro según los conceptos incluidos en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y aquellos enunciados por autores como Akiskal o Pinto, los cuales incluyen en el grupo bipolar a los pacientes con temperamentos hipertímicos y ciclotímicos. Desde un punto de vista más amplio todos los sujetos con trastornos del estado de ánimo y temperamentos afectivos pertenecen al espectro bipolar. La predisposición para padecer trastorno bipolar puede no resultar clara en todos los pacientes con temperamentos afectivos. De todos modos se sugiere que los individuos con trastorno depresivo mayor y temperamento afectivo se encuentran en el margen del espectro bipolar. En el presente estudio se evaluó la posibilidad de que los trastornos de la alimentación se encuentren incluidos en el espectro bipolar amplio. Por lo tanto, dichos trastornos fueron examinados dentro de un modelo donde los pacientes con trastorno depresivo mayor y temperamentos afectivos fueron considerados bipolares. Por último, se valoró la asociación entre la presencia de trastornos del estado de ánimo, la bulimia nerviosa, la anorexia nerviosa y la presencia conjunta de ambos trastornos.

Pacientes y métodos

Participaron 201 pacientes que reunían los criterios incluidos en el DSM-IV para el diagnóstico de depresión mayor o trastorno bipolar. La mayoría se encontraban internados en unidades psiquiátricas. Para efectuar el diagnóstico se emplearon entrevistas semiestructuradas elaboradas sobre la base de los criterios señalados en el DSM-IV. También se recabó información sobre la edad de inicio de los trastornos afectivos, la cantidad de episodios, la presencia de síntomas atípicos o melancólicos, el antecedente de intentos de suicidio y los antecedentes familiares. El temperamento hipertímico, depresivo, irritable o ciclotímico fue identificado según los criterios de Akiskal.

Se comparó la prevalencia de trastornos de la alimentación entre los pacientes bipolares según tres diferentes modelos de trastorno bipolar. El primer modelo (espectro BP-I) se correspondió con la presencia de trastorno depresivo mayor con temperamento ciclotímico o hipertímico. El segundo modelo (BP-II) incluyó a los pacientes con depresión mayor y cualquiera de los temperamentos afectivos. Por último, se consideraron los criterios diagnósticos de trastorno bipolar o trastorno depresivo mayor incluidos en el DSM-IV. La aplicación de los criterios incluidos en el DSM-IV resultó en el diagnóstico de 87 pacientes bipolares y 144 con depresión mayor. El empleo del modelo BP-I condujo a la identificación de 107 sujetos bipolares y 94 pacientes con depresión mayor. Por último, la aplicación del modelo BP-II resultó en el diagnóstico de 124 individuos bipolares y 77 con depresión mayor.

Resultados

Participaron 201 pacientes con una edad promedio de 36.9 años. Se identificaron 33 sujetos con trastornos de la alimentación. Concretamente, 12 pacientes presentaban anorexia nerviosa, 11 bulimia nerviosa y 10 sujetos mostraban ambos trastornos. La media de edad de dichos grupos fue de 33, 29.6 y 36.4 años, respectivamente. Los trastornos de la alimentación fueron más frecuentes en pacientes de sexo femenino. Entre los hombres se diagnosticaron dos casos de anorexia nerviosa y un caso de bulimia nerviosa, todos en comorbilidad con trastorno bipolar. No se observaron diferencias significativas entre los pacientes con trastornos de la alimentación o sin dicho diagnóstico en términos de estado civil o tipo de tratamiento psiquiátrico aplicado.

El riesgo de bipolaridad fue más elevado entre los sujetos con bulimia nerviosa. Dicha asociación resultó significativa desde el punto de vista estadístico al aplicar los criterios diagnósticos del DSM-IV. Asimismo, se verificó un aumento del riesgo a medida que se emplearon criterios diagnósticos más amplios (BP-I y BP-II). En caso de anorexia nerviosa también se verificó un aumento del riesgo de bipolaridad concebida según los criterios del DSM-IV. En coincidencia con lo observado en caso de bulimia nerviosa, el riesgo de bipolaridad se incrementó a medida que aumentó la amplitud de los modelos diagnósticos aplicados. En cuanto a los pacientes que reunían los criterios para el diagnóstico de ambos trastornos de la alimentación, sólo se registró una asociación significativa con la presencia de bipolaridad al aplicar los criterios diagnósticos más amplios.

En presencia de trastornos de la alimentación, el primer episodio afectivo tuvo lugar a edades más tempranas en comparación con lo observado en ausencia de dichos trastornos. Además, la bipolaridad se asoció con un aumento



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

de la frecuencia de episodios depresivos independientemente de la presencia o ausencia de trastornos de la alimentación. Los pacientes que reunían los criterios diagnósticos de bulimia y anorexia eran más jóvenes en el momento del primer episodio afectivo y presentaron más episodios depresivos en comparación con aquellos con uno de los trastornos. Es decir, la presencia simultánea de ambos trastornos de la alimentación constituye un cuadro más grave. No se observaron diferencias significativas entre los pacientes con trastornos de la alimentación o sin dichos trastornos en términos de frecuencia de comorbilidad con trastornos de ansiedad. Por último, los temperamentos afectivos fueron significativamente más prevalentes en los sujetos con trastornos de la alimentación en comparación con lo observado en ausencia de dichos trastornos.

Discusión

Tanto los pacientes con trastornos de la alimentación como los sujetos bipolares presentan irregularidades relacionadas con el peso corporal, la alimentación y la activación conductual. Asimismo, la impulsividad y la compulsividad son aspectos importantes de ambos trastornos. Mientras que la activación conductual es una de las características principales de los cuadros de manía, la impulsividad puede observarse en diferentes trastornos que se presentan con frecuencia en comorbilidad con el trastorno bipolar y los trastornos de la alimentación especialmente la bulimia nerviosa. Entre dichos trastornos se incluye el alcoholismo y el abuso de sustancias.

Los resultados obtenidos en el presente estudio permiten confirmar hallazgos anteriores respecto de la relación entre la bulimia nerviosa y la bipolaridad. Dicha asociación fue más acentuada al considerar el espectro bipolar en toda su extensión. En cuanto a la anorexia nerviosa, los resultados obtenidos no fueron tan claros. Si bien se halló una asociación entre la anorexia nerviosa y la bipolaridad, no alcanzó significación estadística. Este resultado coincide con lo informado en estudios anteriores respecto de la asociación entre los trastornos del estado de ánimo y la anorexia nerviosa. Es posible que el resultado obtenido se relacione con la ausencia de distinción entre los subtipos de anorexia o la inclusión de una cantidad escasa de participantes. Son necesarios estudios adicionales al respecto.

El grupo de pacientes con comorbilidad entre bulimia y anorexia presentó una cantidad superior de episodios depresivos, un inicio más temprano de los episodios efectivos graves y una prevalencia elevada de temperamentos afectivos (80%). La ausencia de estudios anteriores en ese sentido impide la comparación de los resultados. No obstante, en investigaciones previas se informó que muchos pacientes oscilan entre cuadros de bulimia y cuadros de anorexia. De hecho, algunos autores propusieron que ambos trastornos integran un mismo síndrome con diferentes manifestaciones clínicas pero una psicopatología común.

Los pacientes bipolares generalmente muestran una edad temprana de inicio del trastorno, una cantidad elevada de episodios depresivos y un temperamento de tipo afectivo. Puede sugerirse entonces que los sujetos con trastornos de la alimentación y dichas características pertenecen al espectro bipolar "suave". De hecho, en el presente estudio se verificó una asociación entre dicho cuadro clínico en pacientes con trastornos de la alimentación y la definición más amplia de bipolaridad. También debe destacarse que todos los varones con trastornos de la alimentación que participaron del presente estudio reunían los criterios para el diagnóstico de trastorno bipolar incluidos en el DSM-IV. Son necesarios estudios adicionales sobre la relación entre la bipolaridad y el diagnóstico de trastornos de la alimentación en pacientes de sexo masculino.

Los resultados obtenidos permiten sugerir la necesidad de evaluar la presencia de trastorno bipolar en presencia de un paciente con trastornos de la alimentación y viceversa. Esto es importante ya que la administración de antidepresivos a un sujeto con trastornos de la alimentación y bipolaridad no detectada puede provocar viraje maniaco. En caso de comorbilidad, el tratamiento deberá escogerse de modo tal que la estabilización del estado de ánimo no agrave el trastorno de la alimentación.

Conclusión

En este trabajo los autores encontraron que los trastornos de la alimentación se relacionan con la bipolaridad según los criterios diagnósticos incluidos en el DSM-IV. Además, ambas entidades comparten temperamentos afectivos. Esto permite sugerir que esta comorbilidad pertenece a un espectro bipolar amplio. Son necesarios estudios adicionales al respecto.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/106860

4 - Demencia Frontotemporal y Demencia por Cuerpos de Lewy en un Estudio de Casos y Controles sobre la Enfermedad de Alzheimer

Piguet O, Halliday G, Kril J y colaboradores

University of New South Wales, Sidney, Australia

[Frontotemporal Dementia and Dementia with Lewy Bodies in a Case-Control Study of Alzheimer's Disease]

International Psychogeriatrics 21(4):688-695, Ago 2009

Los pacientes con enfermedad de Alzheimer presentan características clínicas de demencia debida a entidades diferentes con una frecuencia elevada. Debe considerarse la necesidad de perfeccionar los criterios para su diagnóstico.

Los criterios para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer (EA) elaborados por el *National Institute of Neurological and Communicative Disorders and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association* (NINCDS-ADRDA) hace 25 años aún siguen vigentes. Según éstos, un paciente tiene EA probable en presencia de demencia y déficit cognitivo progresivo relacionado con la memoria y al menos otro dominio de la cognición. El cuadro tiene que presentarse en ausencia de síndrome confusional, afectación de la conciencia y otras alteraciones cerebrales que pudiesen provocarlo. En cambio, la EA posible tiene lugar en presencia de etiología poco clara, déficit relacionado con un solo dominio cognitivo o con enfermedades sistémicas capaces de provocar demencia que no pueden considerarse factores causales. La precisión del diagnóstico clínico de EA es variable. El nivel más elevado se observa en ámbitos especializados. No obstante, existe una proporción significativa de sujetos con diagnóstico de EA que en realidad presentan otras entidades como la enfermedad por cuerpos de Lewy.

La información sobre la presentación clínica de los pacientes con demencia no ocasionada por la EA es creciente. Luego de esta enfermedad, los tipos de demencia más frecuentes entre los sujetos ancianos se corresponden con la demencia vascular y aquella por cuerpos de Lewy. Al considerar a la población menor de 65 años, la demencia frontotemporal es una entidad tan frecuente como la EA. La información sobre los cuadros de demencia no provocada por

esta última es creciente. No obstante, los criterios diagnósticos de EA y de otros tipos de demencia pueden superponerse. De hecho, algunos pacientes cumplen los criterios para el diagnóstico de ambos tipos de entidades.

El presente estudio se llevó a cabo con el objetivo de evaluar la frecuencia de demencia no provocada por EA en una cohorte de pacientes con diagnóstico de EA probable o posible. El propósito fue valorar la coincidencia de las características clínicas relacionadas con el diagnóstico de EA, demencia frontotemporal o demencia por cuerpos de Lewy y la fisiopatología subyacente. El diagnóstico correcto de dichas entidades es fundamental para administrar un tratamiento correcto.

Pacientes y métodos

Se incluyeron pacientes con diagnóstico reciente de demencia. Todos fueron evaluados al inicio del estudio por un especialista en neurología. Además, se llevó a cabo un análisis neuropsicológico y se tomaron muestras de sangre para efectuar análisis de laboratorio. El 60% de los participantes fueron evaluados mediante tomografía computarizada (TC) para excluir la presencia de tumores cerebrales o enfermedad cerebrovascular. La evaluación inicial se llevó a cabo en 333 pacientes. De ellos, 170 recibieron el diagnóstico de EA probable o posible. Además, dos especialistas realizaron una evaluación retrospectiva de cada caso para identificar a los sujetos que reunían los criterios de demencia por cuerpos de Lewy o demencia frontotemporal.

Todos los pacientes presentaron una enfermedad de comienzo insidioso y progresión gradual. Esta es una de las características principales de la demencia frontotemporal. Para diagnosticar demencia frontotemporal probable también se consideró el desempeño social y personal, el embotamiento emocional y la disminución de la conciencia de enfermedad o autocrítica, entre otros síntomas. Para el diagnóstico de demencia por cuerpos de Lewy probable se tuvo en cuenta la fluctuación cognitiva, los períodos transitorios de disminución de la conciencia, la aparición de alucinaciones visuales y la presencia de parkinsonismo. El diagnóstico se realizó en presencia de progresión gradual y dos de las características mencionadas.

La evaluación *post mortem* se realizó de acuerdo con los criterios neuropatológicos vigentes en 15 casos de EA probable y 12 casos de EA posible. Dicha evaluación incluyó el empleo de marcadores inmunohistoquímicos para alfa-sinucleína y proteína tau, entre otros. Además se consideraron los hallazgos macroscópicos y microscópicos característicos de EA, demencia por cuerpos de Lewy y demencia frontotemporal.

Resultados

Los síntomas observados tuvieron una media de duración de 4.4 años. No obstante, en el 62% de los casos, duraron un promedio de 2 ± 1 años. Los pacientes con EA probable o posible no difirieron significativamente al evaluar el resultado de la *Mini Mental State Examination* (MMSE), la duración de la enfermedad y la edad. Los sujetos con EA que reunieron los criterios para el diagnóstico de otro tipo de demencia no difirieron en comparación con los pacientes que no reunieron dichos criterios en términos de edad y duración de la enfermedad.

La prevalencia de los signos característicos de demencia frontotemporal relacionados con la afectación del funcionamiento interpersonal, la conciencia de enfermedad y el embotamiento emocional fue 24%, 12% y 7%, respectivamente. No se observaron diferencias al respecto entre los pacientes con EA probable o posible. Los signos más

frecuentes de demencia frontotemporal fueron los reflejos primitivos, la aquinesia, la rigidez o el temblor. En segundo lugar se observaron problemas con la higiene personal, conductas estereotipadas y rigidez mental, entre otros.

En cuanto a la prevalencia de las características principales de demencia por cuerpos de Lewy se observó parkinsonismo espontáneo, trastornos cognitivos y alucinaciones visuales en el 41%, 36% y 17% de los casos. Los pacientes con EA posible presentaron una frecuencia superior de fluctuaciones cognitivas en comparación con los sujetos con EA probable. La edad y la duración de la enfermedad no influyeron sobre la presencia de ninguna característica clínica en especial. No obstante, los pacientes con funcionamiento cognitivo fluctuante o alucinaciones visuales presentaron un puntaje significativamente inferior en la MMSE.

El 28% de los pacientes con EA probable reunió los criterios para el diagnóstico de otro tipo de demencia. De ellos, 10% y 18% presentaron criterios para el diagnóstico de demencia frontotemporal o demencia por cuerpos de Lewy probable, respectivamente. La superposición de criterios diagnósticos de demencia frontotemporal y EA se debió principalmente a la afectación del funcionamiento social o personal; mientras que entre la EA y la demencia por cuerpos de Lewy se relacionó con el parkinsonismo.

El diagnóstico de EA se corroboró en 8 de los 15 casos de EA probable con información *post mortem* disponible. En 6 casos se observó degeneración lobar frontotemporal y en 2 se registró enfermedad cerebrovascular. Además, 1 caso coincidió con demencia por cuerpos de Lewy. Se observó una coincidencia variable entre el diagnóstico clínico y el patológico. Puede afirmarse que la cohorte evaluada presentó un nivel bajo de confirmación de EA y de demencia por cuerpos de Lewy y una prevalencia elevada de degeneración lobar frontotemporal en comparación con lo informado en estudios anteriores.

El 37% de los pacientes con EA posible reunió los criterios para otro tipo de demencia. Mientras que la demencia frontotemporal fue infrecuente en este grupo, la demencia por cuerpos de Lewy probable fue muy frecuente. Este último hallazgo se debería principalmente a la presencia de parkinsonismo durante las primeras etapas de la enfermedad. En la mayoría de los casos de EA posible que fueron evaluados mediante análisis *post mortem* se verificaron hallazgos coincidentes con EA. La coincidencia entre los hallazgos clínicos y los resultados de la evaluación *post mortem* fue variable. Por último, no se observaron casos de patologías múltiples.

Discusión

Un total de 54 pacientes con diagnóstico clínico de EA reunieron los criterios clínicos para el diagnóstico de demencia frontotemporal o demencia por cuerpos de Lewy probable. Los resultados coinciden con lo informado en estudios previos. Debe destacarse que la coincidencia entre las características clínicas y la anatomía patológica entre la demencia frontotemporal y la demencia por cuerpos de Lewy fue baja. Es decir, la presencia simultánea de demencia por cuerpos de Lewy y degeneración lobar frontotemporal resultó infrecuente. No obstante, ambas entidades coexistieron frecuentemente con la EA. Por lo tanto, la sensibilidad y especificidad de los criterios del NINCDS-ADRDA no son



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

adecuadas. En consecuencia, debe considerarse que los pacientes que reciben el diagnóstico de EA pueden presentar otras entidades.

De acuerdo con los resultados, el 10% de los sujetos con EA probable reunieron los criterios clínicos para el diagnóstico de demencia frontotemporal probable. Además, en 6 de los 15 casos de EA probable evaluados mediante estudios de anatomía patológica se verificó degeneración lobar frontotemporal. En estos casos se consideró un cuadro clínico similar en presencia de hallazgos patológicos diferentes. Ningún caso de EA posible se correspondió con degeneración frontotemporal.

El empleo de biomarcadores para aumentar la precisión de los criterios diagnósticos del NINCDS-ADRDA tendría una utilidad parcial. En cambio, la evaluación clínica reiterada combinada con la resonancia magnética nuclear (RMN) podría ser de utilidad al respecto. A diferencia de la TC, la RMN permite visualizar estructuras de interés como el hipocampo. Se estima que el avance de la enfermedad se asocia con una diferenciación del perfil clínico y estructural de los pacientes que presentan diagnósticos diferentes.

El diagnóstico de demencia frontotemporal tampoco resulta adecuado al aplicar los criterios vigentes, que deben ser modificados con el fin de aumentar la especificidad. De hecho, en el presente estudio no se observó una distribución uniforme de frecuencias entre los criterios principales para el diagnóstico de la enfermedad. El síntoma más frecuente fue la disfunción interpersonal y social. En cambio, el resto de los síntomas principales fueron menos habituales.

Aproximadamente el 25% de los pacientes con EA probable reunieron los criterios diagnósticos de demencia por cuerpos de Lewy probable, la coincidencia entre ambas entidades se correspondió con la presencia de parkinsonismo. Este hallazgo coincide con lo informado en trabajos anteriores. De hecho, se informó que la presencia de parkinsonismo durante los primeros estadios de la EA es frecuente. Por lo tanto es necesario reevaluar la importancia del parkinsonismo a la hora de diagnosticar a los pacientes con demencia por cuerpos de Lewy. Es posible que el seguimiento clínico permita mejorar la precisión diagnóstica.

A diferencia de lo informado en otros estudios, la confirmación *post mortem* del diagnóstico de EA fue infrecuente. En cambio, se observó una frecuencia elevada de degeneración lobar frontotemporal. Esto podría deberse a los criterios empleados a la hora de realizar la evaluación anatomopatológica. Debe destacarse que en los criterios vigentes de degeneración lobar frontotemporal no se especifica el nivel mínimo de patología necesario para realizar el diagnóstico. No obstante, la gravedad de la enfermedad es importante en presencia de comorbilidad con otra entidad. Es necesario definir la utilidad de la evaluación de la densidad de las lesiones con el fin de realizar un diagnóstico más preciso. A diferencia de lo esperado, los hallazgos anatomopatológicos indicaron que la confirmación de EA fue tan frecuente entre los sujetos con EA probable como posible. Además, en presencia de un proceso patológico adicional en pacientes con EA posible es más factible el diagnóstico de demencia por cuerpos de Lewy.

Entre las limitaciones de esta investigación se menciona la posibilidad de que los resultados obtenidos se asocien con una subestimación de la superposición de los cuadros clínicos de EA y demencia frontotemporal o demencia por cuerpos de Lewy. Además, la cantidad de estudios *post mortem* fue baja. De todos modos, los autores concluyen que los pacientes con EA presentan características clínicas de demencia debida a entidades diferentes de la EA con una

frecuencia elevada. Asimismo, la coincidencia entre la evaluación clínica y la anatomía patológica es variable. Se recomienda el monitoreo clínico reiterado y el empleo de técnicas por imágenes para mejorar la precisión diagnóstica. Por último, debe considerarse la necesidad de perfeccionar los criterios vigentes para el diagnóstico clínico de demencia.



Información adicional en
www.sicisalud.com/dato/resic.php/109733

5 - La Mejoría Temprana Inducida por los Antidepresivos, ¿Predice la Respuesta/Remisión? Análisis de Datos Provenientes de un Estudio Naturalista en Pacientes Hospitalizados con Depresión Mayor

Henkel V, Seemüller F, Riedel M y colaboradores

Ludwig-Maximilians-University Munich, Munich, Alemania

[Does Early Improvement Triggered by Antidepressants Predict Response/Remission? Analysis of Data From a Naturalistic Study on a Large Sample of Inpatients with Major Depression]

Journal of Affective Disorders 115(3):439-449, Jun 2009

La mejoría temprana del cuadro clínico sería una condición necesaria para obtener la respuesta al tratamiento con posterioridad.

Resulta importante predecir la respuesta al tratamiento antidepresivo durante las etapas iniciales de la enfermedad. Dicha respuesta involucra diferentes factores. Según lo informado, el comienzo de la respuesta antidepresiva puede tener lugar luego de 3 o 4 semanas de iniciada la terapia. No obstante, otros autores refieren que puede comenzar a las 2 semanas de tratamiento y predecir la evolución de los pacientes.

El presente estudio se llevó a cabo para evaluar la utilidad de la mejoría temprana asociada al tratamiento antidepresivo para predecir la respuesta o la remisión en pacientes depresivos hospitalizados. Con dicho objetivo se evaluaron diferentes definiciones de mejoría temprana según el puntaje de la *Hamilton Depression Rating Scale* (HAMD-21) luego de 14 o 28 días de tratamiento. En segundo lugar se determinó la sensibilidad y especificidad de la mejoría temprana como predictoras de respuesta y remisión, respectivamente. Luego se estimó el factor predictor más adecuado. Por último, se valoró la utilidad de los hallazgos en diferentes grupos de pacientes.

Pacientes y métodos

El estudio, prospectivo, multicéntrico y naturalista, se llevó a cabo en 795 pacientes en el contexto del *German Research Network on Depression*. Los participantes tenían entre 18 y 65 años y reunían los criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor o trastorno depresivo no especificado contenidos en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). También se incluyeron los pacientes que presentaban trastornos del espectro depresivo acordes con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Los diagnósticos se corroboraron mediante la *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID-I y SCID-II).

Se recabó información sobre las características sociodemográficas y clínicas de los participantes. La

sintomatología se valoró mediante la HAMD-21, la *Montgomery-Asberg Rating Scale* (MADRS) y el *Beck Depression Inventory* (BDI). Para determinar la presencia de eventos adversos y tendencia suicida se aplicó la *UKU Side Effect Rating Scale* (UKU). Los pacientes fueron evaluados periódicamente hasta el alta. El tratamiento antidepresivo se correspondió con las recomendaciones nacionales e internacionales y el criterio de cada psiquiatra tratante. En todos los casos se registró la droga empleada y la dosis administrada.

La mejoría temprana se definió como la disminución mayor o igual al 20%, 25% o 30% del puntaje de la HAMD-21. Dicha mejoría fue valorada los días 14 y 28 de tratamiento. La respuesta se definió como una reducción de al menos 50% en el puntaje de la HAMD-21 y la remisión se consideró en presencia de un puntaje menor o igual a 7 en dicha escala. La sensibilidad, especificidad, el valor predictivo positivo y el valor predictivo negativo de la mejoría temprana en términos de predicción de respuesta y remisión se evaluaron según los fármacos administrados. Con dicho fin se conformaron 5 grupos de pacientes que recibieron monoterapia con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) o con un inhibidor de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRNS) o tratamiento antidepresivo combinado con ansiolíticos, antipsicóticos o estabilizadores del estado de ánimo.

Resultados

Participaron 795 pacientes con un promedio de edad de 45.13 ± 11.9 años. La mayoría era del sexo femenino. La duración media de la hospitalización fue 59.9 ± 45.14 días. El puntaje medio inicial de la HAMD-21 fue 25.06 ± 6.7 y se correspondió con la presencia de depresión moderada a grave. En el momento del alta el 79.6% y 48.8% de los pacientes, respectivamente, había alcanzado la respuesta y la remisión. Al aplicar una definición más restrictiva de respuesta y remisión, dichos porcentajes fueron 57.11% y 28.3%.

El 97%, 58%, 43% y 44% de los participantes recibieron antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos o antipsicóticos, respectivamente. Los antidepresivos administrados con mayor frecuencia fueron los ISRS y los IRNS, principalmente la venlafaxina, la mirtazapina, la sertralina y el citalopram, entre otros. La mayoría de los pacientes presentó una mejoría temprana del cuadro depresivo cuya frecuencia disminuyó a medida que se aplicó una definición más estricta. La mayor sensibilidad se correspondió con la consideración de la mejoría temprana ante la disminución del 20% del puntaje de la HAMD-21 luego de 28 días de estudio. Dicho resultado coincidió con un valor predictivo positivo del 87% y un valor predictivo negativo del 43%. La definición de mejoría temprana como la reducción del 25% o 30% del puntaje de la HAMD-21 se asoció con una sensibilidad inferior y una especificidad superior en comparación con la definición anterior.

El 88% de los pacientes que presentaron una mejoría temprana el día 14 de estudio respondieron al tratamiento con posterioridad. Es decir, la mejoría temprana precedió a la respuesta a los antidepresivos. No se hallaron diferencias en términos de respuesta a la terapia al tener en cuenta la mejoría el día 28 de estudio. Por lo tanto, la mejoría temprana resultó adecuada para predecir la respuesta al tratamiento antidepresivo. Tampoco se observaron diferencias significativas al comparar las definiciones de respuesta temprana aplicadas en el presente estudio. Se concluye que la mejoría temprana es un predictor de respuesta al tratamiento. Asimismo, la definición de mejoría temprana como la disminución del 20% del puntaje inicial de la HAMD fue

adecuada para diferenciar a los pacientes que respondieron de los que no lo hicieron.

La remisión se definió como la obtención de un puntaje menor o igual a 7 en la HAMD-21 en el momento del alta. La definición de respuesta temprana como la disminución del 20% del puntaje total inicial de la HAMD se asoció con una sensibilidad del 86% para predecir la remisión. Dicho resultado no difirió significativamente al considerar el día 14 o 28 del estudio. Dicha sensibilidad fue más elevada en comparación con la relacionada con la respuesta al tratamiento. Debe destacarse que en el caso de la remisión, el resultado de la escala UKU obtenido al inicio del estudio predijo la remisión del cuadro.

El análisis de los subgrupos de pacientes tratados con diferentes fármacos indicó que la definición de mejoría temprana como la reducción del 20% del puntaje inicial de la HAMD tuvo una sensibilidad adecuada y una especificidad variable para predecir la respuesta y la remisión. Entre los pacientes que recibieron monoterapia con ISRS la sensibilidad y especificidad para predecir la respuesta fue 96% y 27%, respectivamente. En cuanto a la remisión, los valores fueron 100% y 24%, en el mismo orden. En el grupo de participantes tratados con un IRNS, los valores correspondientes a la sensibilidad y especificidad de la mejoría temprana para predecir la respuesta y la remisión fueron 88%, 43%, y 92% y 33%, respectivamente. Entre los pacientes que recibieron antidepresivos y ansiolíticos se halló una sensibilidad del 86% y una especificidad del 35% para predecir la respuesta al tratamiento. Respecto de la predicción de la remisión, los valores fueron 84% y 21%, respectivamente. El tratamiento con antidepresivos y antipsicóticos se asoció con una sensibilidad y una especificidad para predecir la respuesta del 70% y 36%, respectivamente. Los valores correspondientes a la predicción de la remisión según la mejoría temprana fueron 76% y 39%, en el mismo orden. Por último, en el grupo de pacientes tratados con antidepresivos y estabilizadores del estado de ánimo, los valores hallados fueron 90%, 57%, y 100% y 71%, respectivamente.

Discusión

Los factores involucrados en la predicción de la respuesta antidepresiva se relacionan con cuestiones clínicas, farmacológicas, genéticas y psicológicas, entre otras. Puede considerarse que la mejoría temprana del cuadro clínico es una condición necesaria para obtener la respuesta al tratamiento con posterioridad. Los resultados obtenidos permiten sugerir que la ausencia de un beneficio temprano al administrar tratamiento antidepresivo se asocia con una probabilidad baja de respuesta o remisión. No obstante, en estudios anteriores se informó que una mejoría marcada al inicio del tratamiento se relaciona generalmente con el efecto placebo. Dicho efecto es inespecífico y su diferenciación frente al efecto farmacológico es una cuestión importante. Es decir, la mejoría temprana podría corresponderse con un efecto inespecífico como el aumento del cuidado del paciente. De hecho, se informó que una gran proporción de las recaídas observadas durante las primeras semanas de tratamiento antidepresivo no se deben a la pérdida del efecto terapéutico sino a la pérdida del efecto placebo.

Las diferencias entre los valores de especificidad de la mejoría temprana para predecir la respuesta y la remisión correspondientes a los distintos grupos de pacientes podrían



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

explicarse por la inclusión de una cantidad limitada de participantes. En investigaciones previas se refirió la utilidad del tratamiento combinado con litio para mejorar la respuesta temprana al tratamiento antidepressivo. En coincidencia, en el presente estudio la mejoría temprana fue más útil en términos de especificidad para predecir la evolución entre los pacientes tratados con un estabilizador del estado de ánimo y un antidepressivo.

Los hallazgos coinciden con lo informado en estudios anteriores. Por ejemplo, Szegedi y col. hallaron que en ausencia de respuesta al tratamiento antidepressivo durante las primeras dos semanas la probabilidad de respuesta ulterior es baja. Podría confirmarse entonces la utilidad de la mejoría temprana como predictor de respuesta y remisión. También debe considerarse la importancia de los efectos adversos del tratamiento en términos de remisión del cuadro depresivo. En cambio, la única variable de importancia para predecir la respuesta fue la mejoría temprana del cuadro depresivo. Los resultados permiten sugerir que el cambio de antidepressivo puede ser de utilidad en ausencia de mejoría sintomática durante las primeras 2 semanas de terapia. Dicha conclusión también fue informada en otros trabajos. De hecho, se señaló que la mejoría temprana sería análoga a la puesta en marcha de procesos de resiliencia asociados con la administración de antidepressivos o placebo. No obstante, dicho proceso se constata más frecuentemente ante la administración de antidepressivos.

Dado que la elección de los criterios de respuesta y remisión aplicados influye sobre los resultados obtenidos, los autores utilizaron criterios convencionales para facilitar la comparación con otros estudios. Es decir, la aplicación de definiciones diferentes de respuesta o remisión puede conducir a la obtención de resultados distintos. Entre las limitaciones de la presente investigación se menciona su diseño naturalista. Son necesarios estudios adicionales para determinar la utilidad de los endofenotipos para predecir la evolución de los pacientes con depresión.

 Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/resiic.php/106863

6 - ¿Cómo Emplean Benzodiazepinas y Antidepressivos los Diferentes Grupos Etarios? Análisis de una Base de Datos Administrativa Australiana, 2003-2006

Smith A, Tett S

School of Health Sciences, Highfield, Reino Unido

[How Do Different Age Groups Use Benzodiazepines and Antidepressants?: Analysis of an Australian Administrative Databases, 2003-6]

Drugs & Aging 26(2):113-122, 2009

El empleo de antidepressivos y benzodiazepinas es más frecuente en la población anciana en comparación con los demás grupos etarios. Desafortunadamente, su utilización resulta inadecuada en muchos casos.

Los antidepressivos y las benzodiazepinas tienen indicación en diversas condiciones, aunque no se restringen exclusivamente a ellas, como insomnio, ansiedad, depresión, abuso de sustancias y trastornos del estado de ánimo. Desafortunadamente, las características demográficas de los subgrupos de la población responsables del aumento de la frecuencia de utilización de dichas drogas son desconocidas

en gran medida. Esto dificulta la aplicación de estrategias educativas para mejorar la prescripción y disminuir el consumo inadecuado de psicofármacos.

Es sabido que el empleo de benzodiazepinas en pacientes ancianos puede provocar mareos, sedación, cuadros confusionales, caídas y fracturas. Además, el consumo de benzodiazepinas a largo plazo genera tolerancia y dependencia cualquiera sea la edad del paciente. En cuanto a los antidepressivos, se considera que su prescripción es insuficiente debido a la realización de diagnósticos incorrectos y a la negativa de los pacientes a utilizarlos debido al estigma asociado a la enfermedad mental. Además, la prescripción de antidepressivos puede ser inadecuada debido al empleo de dosis subterapéuticas.

Si el uso de antidepressivos y benzodiazepinas necesitara realizarse conforme a las buenas normas de prescripción es importante conocer las poblaciones a las que se los indica. Esto permitirá conocer acerca de los responsables del aumento del consumo de estas drogas, quienes serían objeto de prescripciones inadecuadas y diseñar estrategias e intervenciones educativas con el propósito de mejorar su prescripción. El objetivo del estudio fue comparar la utilización de benzodiazepinas y antidepressivos entre los diferentes grupos etarios.

Métodos

La información para realizar el presente estudio se obtuvo de la base de datos administrativa *Australian Pharmaceutical Benefits Scheme* (PBS), que incluye información sobre la mayoría de las prescripciones recibidas por todos los individuos residentes en Australia. Se prestó especial atención a la información correspondiente a la prescripción de benzodiazepinas y antidepressivos. La información demográfica correspondiente a los diferentes grupos etarios integrantes de la población australiana se obtuvo a partir del *Australian Bureau of Statistics*.

Resultados

Se observó un aumento leve del empleo de antidepressivos por parte de la población australiana desde 2003 hasta 2006. En particular, se registró un incremento en el uso de antidepressivos del 8% de 2003 a 2004 y luego una reducción en las indicaciones de 3.7% de 2004 a 2006. El empleo aumentó con la edad y fue máximo entre los individuos de 85 años en adelante y mínimo en el grupo de 0 a 4 años. El 90% de los antidepressivos prescritos a la población de 65 años o más incluyó 2 agentes tricíclicos (ATC) y 5 inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), entre otros. En el grupo de 35 a 44 años un total de 8 antidepressivos representaron más del 90% de los agentes prescritos. Una vez más, los antidepressivos más utilizados fueron los ISRS.

Se observó una disminución del 2% del empleo de benzodiazepinas entre 2003 y 2006. La mayoría de las prescripciones se registraron en la población de 45 a 54 años, seguida por el grupo de 35 a 44 años y, en último lugar, por la población mayor de 65 años. Al considerar únicamente a los individuos mayores de 65 años, aquellos de 85 años o más fueron los que más benzodiazepinas recibieron, seguidos por los sujetos de 75 a 84 años y por los de 65 a 74 años. En cuanto al tipo de benzodiazepina prescrita, se observaron variaciones significativas aunque predominó la utilización de 4 drogas. En este sentido, los individuos de 65 años en adelante recibieron las benzodiazepinas de acción prolongada diazepam y nitrazepam con mayor frecuencia. En cambio, aquellos de 35 a 44 años recibieron la primera con más frecuencia. Los

individuos de mayor edad utilizaron más frecuentemente el agente hipnótico temazepam. Por último, los pacientes más jóvenes recibieron prescripciones para benzodiazepinas ansiolíticas con mayor frecuencia.

Discusión

Existe preocupación respecto de la prescripción excesiva de benzodiazepinas y la prescripción insuficiente de antidepresivos en Australia. No obstante, la evaluación del empleo de dichas drogas por la población general es complicada. En cuanto a los antidepresivos, su prescripción aumentó levemente entre 2003 y 2006 pero disminuyó durante 2006, con excepción del grupo etario de 65 a 84 años. La disminución de la prescripción de antidepresivos podría tener relación con el aumento de la utilización de estrategias terapéuticas alternativas en caso de depresión. No obstante, también es posible que los programas educativos y publicitarios destinados a mejorar el diagnóstico de depresión hayan sido ineficaces.

En coincidencia con lo informado en estudios internacionales, la prescripción de antidepresivos aumentó con la edad. En este sentido debe considerarse los antidepresivos se prescriben también para el tratamiento de entidades no psiquiátricas como el dolor neuropático y la migraña. Esto es especialmente frecuente en pacientes ancianos. En el presente estudio no fue posible distinguir el motivo de prescripción de antidepresivos debido a que la base de datos empleada carecía de dicha información. Tampoco se pudo determinar si el aumento de la frecuencia de prescripción de antidepresivos en pacientes ancianos se relacionó con una mejoría del diagnóstico y tratamiento de la depresión. La inclusión de los ATC entre los agentes más prescritos a los pacientes ancianos se debería a la falta de reemplazo por agentes más nuevos en los casos de tratamiento de larga data. Asimismo, los ATC son empleados frecuentemente para el tratamiento de los ancianos que presentan insomnio. Una vez más, la base de datos empleada no incluyó información suficiente para esclarecer estas cuestiones.

Los resultados obtenidos permiten sugerir que el empleo de benzodiazepinas disminuyó levemente luego del aumento del 19% observado entre 2000 y 2003. Esto podría relacionarse con la aplicación de programas de concientización por parte del *Australian National Prescribing Service*. De acuerdo con lo informado en estudios previos el empleo de benzodiazepinas en Australia disminuyó entre 1991 y 1993. Dicha reducción coincidió con la aplicación de intervenciones destinadas a mejorar el empleo de estas drogas. No obstante, la comparación de la información obtenida en este y otros trabajos se vio limitada por cuestiones metodológicas.

Resulta especialmente preocupante la frecuencia elevada de empleo de benzodiazepinas de acción prolongada en la población anciana. Los resultados obtenidos en el presente estudio indicaron que la frecuencia más elevada de uso de benzodiazepinas en Australia tiene lugar en la población de 85 años en adelante. Dicho hallazgo es esperable debido a que una proporción significativa de individuos mayores de 85 años reside en instituciones y esto aumenta la probabilidad de trastornos del sueño. En segundo lugar de frecuencia de empleo de benzodiazepinas se ubicó la población de 45 a 54 años. Este hallazgo también era de esperar ya que la frecuencia de enfermedades y discapacidades crónicas en este grupo etario es elevada y predispone a la prescripción de benzodiazepinas para resolver cuadros de insomnio o ansiedad. No obstante, la información disponible no permitió esclarecer esta cuestión.

Los sujetos con diagnóstico de abuso de sustancias consumen benzodiazepinas con una frecuencia elevada. Sin embargo, no es posible atribuir el aumento del uso de benzodiazepinas a dicho grupo ya que no constituyen una proporción suficientemente elevada de la población de Australia. Además, la edad de este grupo de individuos no coincide con el grupo etario asociado con la frecuencia más elevada de consumo de benzodiazepinas observado en el presente estudio. Los resultados obtenidos permiten sugerir que las benzodiazepinas se prescriben para resolver cuadros de ansiedad en los pacientes más jóvenes y para resolver cuadros de insomnio en la población de mayor edad. En este último caso también es posible que dicha prescripción haya tenido como objetivo la resolución de trastornos conductuales. No obstante, la prescripción de benzodiazepinas de acción prolongada a individuos mayores de 65 años no es recomendada ya que aumenta la probabilidad de efectos adversos y la utilización de recursos de salud. Más aun, según lo informado en un estudio efectuado en Francia, la administración de estas drogas podría ser responsable de 20 000 caídas y 1 800 fallecimientos por año. Este dato sumado a los resultados de este estudio indica la necesidad de modificar la forma de prescripción de benzodiazepinas, especialmente en los pacientes de mayor edad.

El diazepam y el nitrazepam son benzodiazepinas de acción prolongada que dieron cuentas del 90% de las prescripciones efectuadas en pacientes mayores de 65 años. Dichos agentes no son recomendables para tratar a la población anciana. En cambio, el grupo etario de 35 a 44 años recibió principalmente benzodiazepinas ansiolíticas como el alprazolam, el oxazepam y el diazepam. Desafortunadamente, la información disponible no permitió estimar la duración del tratamiento. No obstante, el tratamiento de los ancianos que presentan insomnio y reciben benzodiazepinas no debería extenderse más de 2 a 4 semanas. Entre las limitaciones del presente trabajo se menciona que la base de datos utilizada no incluyó información suficiente para analizar numerosas cuestiones mencionadas con anterioridad.

Conclusión

La frecuencia de utilización de benzodiazepinas en la población australiana entre 2003 y 2006 fue más elevada en el grupo etario de 65 años o más. Debido a que su empleo pudo haber sido inadecuado en muchos casos, la aplicación de estrategias educativas destinadas a mejorar el modo de prescripción de benzodiazepinas o antidepresivos a este grupo etario podría ser beneficiosa. Debe considerarse especialmente la población institucionalizada ya que el empleo de benzodiazepinas y antidepresivos es muy frecuente entre los individuos de 85 años en adelante. Son necesarios estudios adicionales para determinar cuáles son las estrategias más efectivas a aplicar y evaluar con mayor profundidad las características de la población que puede recibir prescripción y tratamiento inadecuados.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/106166

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

7 - Tabaquismo y Enfermedad de Parkinson: Empleo del Tabaquismo Paterno como Parámetro de Evaluación de Causalidad

O'Reilly E, Chen H, Ascherio A y colaboradores

Harvard School of Public Health, Boston, EE.UU.

[Smoking and Parkinson's Disease: Using Parental Smoking as a Proxy to Explore Causality]

American Journal of Epidemiology 169(6):678-682, Mar 2009

Es sabido que el tabaquismo tiene efectos deletéreos sobre la salud. No obstante, se informó que el consumo de tabaco se asocia con una disminución de la frecuencia de enfermedad de Parkinson.

Fumar tiene efectos nocivos para la salud. No obstante, se informó que el consumo de tabaco se asocia con una disminución de la frecuencia de enfermedad de Parkinson (EP). Es decir, la frecuencia disminuiría a medida que aumenta la cantidad de cigarrillos fumados por día. Asimismo, el tabaco consumido en otras formas también tendría un efecto protector ante la aparición de EP. A pesar de lo antedicho, la causalidad de la asociación inversa entre el consumo de tabaco y la aparición de EP es discutida. Se plantea que dicha asociación podría relacionarse con un factor que aumenta el riesgo de EP y disminuye la probabilidad del consumo de tabaco. La información disponible indica que la probabilidad de que dicho factor sea genético es baja.

La exposición a factores ambientales puede influir sobre la relación entre el consumo de tabaco y la EP. Por ejemplo, es posible que la exposición a un determinado agente tóxico o infeccioso provoque un daño subclínico del sistema dopaminérgico. Dicho sistema está involucrado en la búsqueda de situaciones novedosas y en las adicciones. En consecuencia, el daño mencionado podría disminuir el deseo de fumar y aumentar de manera independiente el riesgo de EP.

La evaluación de la relación entre el hábito de fumar de los padres y el riesgo de EP puede ser de utilidad para resolver las cuestiones planteadas. Esto se debe a que la probabilidad de que el agente tóxico o infeccioso mencionado influya sobre el tabaquismo paterno es baja. Dado que el hábito de fumar generalmente está presente antes del nacimiento del primogénito, los hijos de padres fumadores tienen mayores probabilidades de exposición al humo del tabaco y de tabaquismo. Por lo tanto, si el tabaco tiene un efecto protector, los hijos de los sujetos fumadores deberían tener un riesgo inferior de EP en comparación con los hijos de no fumadores. Además, si la asociación entre el tabaquismo y la EP se encuentra mediada por un agente tóxico o infeccioso, el hábito de fumar de los padres no guardaría relación alguna con el riesgo de EP. En el presente estudio se evaluó la asociación entre el tabaquismo paterno y la frecuencia de EP.

Pacientes y métodos

Las participantes formaban parte del *Nurses' Health Study* realizado sobre 121 701 enfermeras de 35 a 55 años. También se incluyeron 51 529 hombres de 40 a 75 años participantes del *Health Professionals Follow-up Study*. Todos completaron un cuestionario destinado a evaluar el estilo de vida y los antecedentes clínicos. Además, se aplicaron cuestionarios de seguimiento cada dos años para registrar la aparición de enfermedades y evaluar el estilo de vida y los hábitos alimentarios de los participantes. La

presencia de EP se incluyó entre las preguntas del cuestionario mencionado y se confirmó mediante la obtención de información más detallada brindada por el neurólogo tratante. Además, las historias clínicas de los pacientes con EP fueron evaluadas de manera independiente por un especialista en trastornos del movimiento. Entre los aspectos valorados se incluyó el antecedente de tabaquismo de los padres durante la infancia de los pacientes.

Resultados

El período de seguimiento del *Nurses' Health Study* tuvo una duración de 26 años e incluyó la detección de 328 casos nuevos de EP. En cuanto al *Health Professionals Follow-up Study*, el seguimiento duró 18 años y permitió la detección de 384 casos nuevos de EP. El promedio de edad de detección de la enfermedad en los hombres y las mujeres fue de 68.8 y 69.3 años, respectivamente. Se observó una asociación positiva entre el hábito de fumar de los participantes y el antecedente de tabaquismo de sus padres. El riesgo de EP entre las mujeres y los hombres que refirieron que ambos padres eran fumadores fue un 13% y 11% menor, respectivamente, en comparación con lo observado en ausencia de antecedentes de tabaquismo en los padres. Además, el consumo de cafeína y alcohol fue más frecuente entre los participantes con antecedentes de tabaquismo paterno.

El riesgo de EP fue inferior en los hombres y mujeres que informaron que ambos padres eran fumadores en comparación con lo observado en ausencia de dicho antecedente. El tabaquismo de los dos padres se asoció con una disminución del 27% del riesgo de EP comparado con la ausencia del hábito de fumar en ambos. El consumo de cafeína o alcohol no afectó la relación mencionada de manera significativa. Por último, no se halló asociación alguna entre el hábito de fumar de los padres y la presencia de EP entre los individuos sin antecedentes personales de tabaquismo. Por lo tanto, el efecto del hábito de fumar paterno sobre el riesgo de EP estaría mediado principalmente por el tabaquismo de los participantes.

Discusión

La relación entre el tabaquismo y la aparición de EP podría asociarse de manera independiente con un factor desconocido. De ser así, el tabaquismo paterno no afectaría el riesgo de EP. En el presente estudio, este riesgo fue un 27% inferior entre los individuos con padres fumadores en comparación con lo observado en ausencia de tabaquismo paterno.

De acuerdo con el paradigma de causalidad inversa, la enfermedad subclínica influye sobre la presencia de tabaquismo. En este caso, el hábito de fumar paterno no guardaría relación con la aparición de EP en la descendencia. En cambio, si fuese un agente protector real ante la aparición de EP, el antecedente de tabaquismo paterno se asociaría de manera inversa con la aparición de la enfermedad en la descendencia. Esta última opción coincide con lo hallado en el presente estudio.

Es posible que la exposición a un agente tóxico influya sobre la probabilidad de tabaquismo paterno y de EP tanto en los padres fumadores como en sus hijos. Otra opción sería que la exposición a un agente infeccioso o tóxico fuese más probable en un ambiente de fumadores. Esto podría generar una exposición transgeneracional ante dicho agente que resulte en la afectación de los padres y sus hijos y se presente en todos los contextos de asociación entre el tabaquismo y la EP.

Los resultados de esta investigación y los hallazgos de estudios anteriores permiten sugerir la existencia de una

relación entre el tabaquismo y la EP. No obstante, no es posible definir un vínculo de causalidad. Finalmente, se debe considerar que el tabaquismo es un hábito extremadamente nocivo para la salud y que cualquier beneficio que ocasione se verá opacado por el riesgo de cáncer y enfermedad cardiovascular que ocasiona. De todos modos, la posibilidad de neuroprotección asociada con la exposición a los componentes del tabaco debe ser evaluada.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resic.php/106168

8 - ¿Son Impulsivos los Sujetos Autoagresivos? Resultados de dos Estudios Realizados en Laboratorios de Evaluación Conductual

Janis I, Nock M

Harvard University, Cambridge, EE.UU.

[Are Self-Injurers Impulsive?: Results from two Behavioral Laboratory Studies]

Psychiatry Research 169(3):261-267, Oct 2009

Los pacientes autoagresivos refieren un nivel elevado de impulsividad. No obstante, no muestran un aumento de esta última al aplicar parámetros de evaluación conductual en un laboratorio especializado.

La autoagresión no suicida (ANS) es un problema grave e importante para la salud pública que se observa en el 4% de la población general y en el 21% de la población psiquiátrica de adultos. No obstante, el riesgo más elevado de ANS tiene lugar en los adolescentes y en los adultos jóvenes. Debe considerarse además que hasta el 75% de los individuos con antecedente de ANS presentarán un intento de suicidio en algún momento.

De acuerdo con lo informado en estudios anteriores, la impulsividad se correlaciona con la gravedad y la frecuencia de la ANS. No obstante, la información al respecto es limitada debido al empleo de cuestionarios autoaplicados, entre otros factores. Dichos cuestionarios no resultan adecuados ya que el proceso mental involucrado en la ANS no sería consciente como para permitir que el paciente reconozca el funcionamiento cognitivo subyacente. Además, en esas investigaciones no se utilizó el mismo método para evaluar la impulsividad.

Según algunos trabajos recientes, la impulsividad incluye diferentes dimensiones como la desinhibición conductual y la toma riesgosa de decisiones. No obstante, las bases neurobiológicas de la impulsividad serían heterogéneas. Por lo tanto, es importante diferenciar entre las dimensiones de impulsividad relacionadas con la ANS.

En el presente artículo se incluyó la información obtenida en dos estudios realizados con el objetivo de evaluar la relación entre la ANS y las dimensiones de impulsividad. Los autores propusieron que los autoagresores referirían un nivel superior de impulsividad en comparación con los pacientes que no se autoagredían. La impulsividad se evaluó como un rasgo estable en diferentes situaciones.

Estudio 1

Pacientes y métodos

Participaron 64 pacientes de 12 a 19 años con antecedentes de ANS y 30 individuos sin dicho antecedente que conformaron el grupo de referencia. La media de edad

de inicio de las autoagresiones fue de 13.52 años y la frecuencia promedio de autoagresiones durante el último año, de 62.61. Además, 87.5% y 70.3%, respectivamente, habían presentado ANS durante el último año o el último mes. El 33%, 46.8% y 13.8% de los pacientes reunieron los criterios para el diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo, de ansiedad o relacionado con el consumo de sustancias, respectivamente.

Se recabó información sobre las características demográficas y los antecedentes clínicos con entrevistas personalizadas. La autoagresión y la ideación suicida se evaluaron con la *Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview* (SITBI). La impulsividad se valoró mediante la entrevista autoaplicada semiestructurada *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children, Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL). Para evaluar la desinhibición conductual se aplicó el *Conners' Continuous Performance Test* (CPT). La *Iowa Gambling Task* (IGT) se utilizó para evaluar la toma riesgosa de decisiones. Los diagnósticos psiquiátricos se realizaron mediante la *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children, Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL).

Resultados

No se observaron resultados diferentes respecto del nivel de impulsividad según la edad de los pacientes. En cambio, los hombres refirieron un nivel mayor de impulsividad en comparación con las mujeres. A medida que aumentó la edad se observó un incremento de la impulsividad objetivada mediante el CPT. Además, los varones presentaron un nivel inferior de impulsividad en comparación con las mujeres. De acuerdo con la IGT, la impulsividad aumentó a medida que disminuyó la edad. No se observaron diferencias entre los hombres y las mujeres respecto del resultado de la IGT. Se evaluó el efecto de la psicoterapia y del tratamiento farmacológico sobre la impulsividad entre los pacientes que se autoagredían. No se halló una diferencia significativa al respecto entre los autoagresores según la presencia o ausencia de psicoterapia o farmacoterapia.

No se registró correlación entre el resultado de la IGT y del CPT. No obstante, el resultado de la IGT se correlacionó de manera significativa y negativa con el nivel de impulsividad referido por los pacientes. También se observó una relación entre el desempeño relacionado con la toma de decisiones riesgosas y el nivel de impulsividad.

Como era de esperar, los adolescentes autoagresores refirieron un nivel de impulsividad significativamente superior en comparación con los adolescentes que no lo eran. No se observaron resultados diferentes al considerar el sexo de los pacientes. Además, el nivel de impulsividad fue variable entre los participantes. Los adolescentes que cometieron ANS no presentaron un nivel superior de desinhibición conductual en comparación con los aquellos que no se autoagredían. Tampoco se observaron diferencias entre los grupos respecto del resultado de la IGT.

Discusión

Los autoagresores refirieron un nivel superior de impulsividad en comparación con el resto de los pacientes. No obstante, ese mayor nivel no se reflejó en diferencias en los resultados de los parámetros utilizados para evaluar la



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

impulsividad. Además, la autoagresión no siempre se acompañó por un nivel similar de impulsividad. Estos hallazgos no reflejan lo informado en estudios anteriores sobre la coincidencia entre la ANS y la autoagresión suicida y entre la impulsividad y el suicidio. El tratamiento administrado a cada participante no influyó sobre los resultados.

Debe considerarse que el estudio presenta limitaciones que pueden explicar la ausencia de diferencias de impulsividad entre los grupos. Entre dichas limitaciones se incluye la evaluación exclusiva de adolescentes que concurrieron al laboratorio de estudio por voluntad propia. Es posible que todos los adolescentes evaluados hayan tenido un nivel de impulsividad elevado que no permitió observar diferencias entre los grupos. Además, en el presente trabajo no se evaluó el descuento por demora que se corresponde con la tercera dimensión de la impulsividad. Es posible que los pacientes solamente tengan un aumento de la impulsividad relacionada con dicha dimensión. Dados los resultados negativos observados en esta investigación, los autores decidieron llevar a cabo un estudio de seguimiento.

Estudio 2

Pacientes y métodos

Participaron 20 pacientes adultas con antecedente de ANS durante los últimos 3 meses. El grupo de referencia estuvo integrado por 20 mujeres sin dicho antecedente. La media de edad de inicio de la ANS fue de 12.85 años y el 70% de las pacientes habían cometido ANS durante el último mes. El 20%, 50% y 15% de las participantes reunieron los criterios para el diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo, de ansiedad o relacionado con el consumo de sustancias, respectivamente.

Se reunió información sobre las características demográficas de las participantes. Las conductas y pensamientos relacionados con la autoagresión y la ideación suicida se evaluaron mediante la SITBI. Para valorar la presencia de trastornos psiquiátricos se aplicó la *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI). La impulsividad fue evaluada con la *Barratt Impulsiveness Scale-11* (BIS-11). Para evaluar la desinhibición conductual y la toma de decisiones riesgosas se aplicaron el CPT y la IGT, respectivamente. A diferencia del estudio 1, se evaluó el descuento por demora, es decir, la tendencia a elegir una recompensa inmediata pero pequeña en comparación con una recompensa más tardía y significativa.

Resultados

En general, la edad no afectó significativamente los resultados de los parámetros de impulsividad evaluados. No obstante, se observó una correlación negativa significativa entre el CPT y la edad, es decir, el nivel de impulsividad aumentó al disminuir la edad. Este hallazgo es opuesto a lo observado en el estudio 1. No se registró correlación entre las diferentes dimensiones de impulsividad. Los hallazgos obtenidos coinciden con lo informado en estudios previos donde se encontró que la dimensión conductual y lo que refiere el paciente respecto de la impulsividad son diferentes y no se correlacionan entre sí.

Como era previsible, la autoagresión se asoció con un nivel mayor de impulsividad. No obstante, el nivel de impulsividad asociado con la ANS fue variable. No se hallaron diferencias entre los grupos en términos de desinhibición conductual. Es decir, la autoagresión no se asoció con un nivel superior de desinhibición conductual. En cuanto a la toma de decisiones riesgosas, las pacientes autoagresivas no difirieron del grupo de referencia. Por último y a diferencia de lo esperado por los autores, los grupos no difirieron significativamente en términos de descuento por demora.

Discusión

Se observó una coincidencia entre los resultados de ambos estudios. Las pacientes autoagresivas presentaron un nivel mayor de impulsividad en comparación con el grupo de referencia. En cambio, no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos al valorar los indicadores de impulsividad. Esto se verificó a pesar de los cambios de diseño aplicados al estudio 2. Debe considerarse que en este último no se recabó información sobre la psicoterapia o farmacoterapia que recibían las pacientes.

Discusión general de los resultados de ambos estudios

Los hallazgos permiten sugerir que los individuos autoagresivos no presentan un nivel superior de impulsividad en comparación con aquellos que no se autoagreden al ser evaluados en un laboratorio conductual especializado. No obstante, los pacientes autoagresivos refieren un nivel elevado de impulsividad general en comparación con los sujetos no autoagresivos. Los resultados obtenidos discrepan con lo informado en otros estudios donde se halló que la autoagresión suicida se asocia con un aumento del nivel de impulsividad evaluada mediante parámetros conductuales en laboratorios especializados. No obstante, en una investigación reciente los autores informaron que los pacientes depresivos refieren niveles elevados de agresividad pero no difieren de aquellos sin antecedente de intentos de suicidio en términos de impulsividad. Por lo tanto, la impulsividad no sería un parámetro adecuado para evaluar la naturaleza de la toma de decisiones relacionada con la ANS.

Entre las limitaciones del presente estudio se destaca la imposibilidad de identificar claramente la ausencia de diferencias entre ambos grupos mediante los parámetros de evaluación aplicados. Los resultados obtenidos permiten indicar la necesidad de determinar el papel de la impulsividad respecto de la autoagresividad.

La ANS se asocia con ideación y conducta suicida y con la presencia de diferentes trastornos psiquiátricos. La ausencia de diferencias conductuales entre los pacientes con antecedente de ANS y los individuos sin dicho antecedente podría deberse a la heterogeneidad de la población de pacientes autoagresivos. Asimismo, la heterogeneidad del grupo de referencia aumenta la probabilidad de hallar diferencias relacionadas con la ANS entre ambos grupos. También es posible que la impulsividad referida por los pacientes con antecedente de ANS se relacione con el acto de ANS propiamente dicho, y que los sujetos autoagresivos sólo sean impulsivos en determinados contextos como aquellos caracterizados por un nivel excesivo de malestar emocional que no se reproducen en el laboratorio de evaluación conductual. Son necesarios estudios adicionales para determinar la utilidad de los parámetros autoaplicados utilizados para evaluar la impulsividad. También sería de utilidad realizar estudios sobre el nivel de impulsividad en condiciones de malestar emocional.

Conclusión

Los sujetos autoagresivos refieren un nivel elevado de impulsividad en comparación con los pacientes no autoagresivos. No obstante, no muestran un aumento de la impulsividad al aplicar parámetros de evaluación conductual en un laboratorio especializado. La comprensión de las características psicológicas relacionadas con la ANS puede mejorar la capacidad para predecir, prevenir y tratar la autoagresividad.

Novedades seleccionadas

9 - “Hipomanía Mixta” en Niños y Adolescentes: ¿Es un Fenotipo Bipolar Pediátrico con Variación Diurna Extrema entre Depresión e Hipomanía?

Dilsaver S, Akiskal H

Journal of Affective Disorders 116(1-2):12-17, Jul 2009

Según los criterios incluidos en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto Revisado (DSM-IV-TR), los estados mixtos se caracterizan por la combinación de un episodio maníaco y un episodio depresivo mayor cuya duración mínima es de una semana. No obstante, en el DSM no se incluye una definición de hipomanía mixta, cuadro descrito recientemente en pacientes adultos. De acuerdo con lo informado en diferentes estudios, la bipolaridad pediátrica se caracteriza principalmente por la presencia de cuadros mixtos. Clásicamente, los episodios mixtos se describen en presencia de manía. El presente estudio se llevó a cabo en niños y adolescentes con el objetivo de evaluar si los cuadros mixtos involucran la presencia de hipomanía más frecuentemente en comparación con la manía.

Participaron 47 pacientes bipolares de 7 a 17 años atendidos en servicios clínicos públicos y ambulatorios. Los participantes fueron agrupados según los cuadros clínicos diagnosticados mediante una evaluación estructurada efectuada con anterioridad a la realización del presente estudio. Es decir, la información incluida se obtuvo de manera retrospectiva mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes. Los cuadros clínicos incluyeron: depresión o episodios mixtos bipolares tipo I por un lado, o hipomanía, depresión o cuadros mixtos bipolares tipo II por el otro.

Los episodios mixtos bipolares tipo II se definieron como la presencia simultánea de características de un episodio depresivo mayor y de hipomanía durante un lapso de 24 horas en al menos dos semanas consecutivas. Se consideró suficiente la presencia de un estado de ánimo irritable, depresivo o elevado/eufórico combinado con un episodio depresivo mayor o hipomanía. Todos los pacientes considerados bipolares II presentaban o tenían antecedentes de elevación nocturna del estado de ánimo o irritabilidad combinada con síntomas de hipomanía.

Se incluyeron 21 mujeres y 26 varones de una media de edad de 12.2 y 14.4 años, respectivamente. El 38.1% de las primeras y el 53.8% de los últimos presentaban un cuadro mixto bipolar I. La depresión bipolar II se observó en una mujer y un varón en tanto que la hipomanía bipolar II sólo se verificó en un varón. Por último, dos mujeres y dos varones presentaron un cuadro de depresión bipolar I.

El presente estudio se realizó en el subgrupo de jóvenes que padecían episodios mixtos bipolares tipo II. Este cuadro se verificó en el 42.9% de las mujeres y 34.6% de los varones, cuya edad promedio fue de 14.4 y 12.0 años, respectivamente. El cuadro de hipomanía mixta se caracterizó por la presencia de ciclado ultradiano entre la depresión matutina y la aparición nocturna de estado de ánimo elevado, fuga de ideas, activación psicomotora y otros signos de hipomanía. También se observaron

cuadros de inversión del ritmo sueño-vigilia, hiposomnia o insomnio grave.

En general se verificó una transición entre la depresión y la hipomanía. Es decir, la evaluación matutina de los pacientes se caracterizó por la presencia de sintomatología depresiva e irritabilidad en ausencia de hipomanía. Por la tarde, el cuadro de depresión clásica fue reemplazado por la aparición de hipomanía objetivada como irritabilidad, tendencia a la distracción, activación psicomotora y locuacidad.

En esta investigación se empleó una definición de hipomanía diferente de la utilizada en estudios efectuados en la población adulta ya que no se requirió la persistencia simultánea de hipomanía y depresión mayor. Los resultados obtenidos permiten sugerir que el cuadro de hipomanía mixta evaluado en el presente trabajo es frecuente entre los pacientes jóvenes ambulatorios con trastorno bipolar II.

La información disponible obtenida en estudios efectuados en pacientes adultos permite afirmar que el espectro bipolar incluye cuadros caracterizados por hipomanía de duración breve que son más prevalentes que los cuadros clásicos de manía bipolar I. En coincidencia, tanto en estudios clínicos como epidemiológicos se halló que el trastorno bipolar II es mucho más frecuente que el trastorno bipolar I. De hecho, se estima que el 50% de los pacientes considerados depresivos presenta en realidad cuadros leves de bipolaridad. Asimismo, el empleo de una definición más amplia de trastorno bipolar II indicó que su prevalencia en la comunidad puede alcanzar el 8%.

Según lo hallado por los autores del presente estudio, el 82% de los pacientes jóvenes ambulatorios considerados depresivos presenta cuadros mixtos. Además, en trabajos anteriores efectuados en la población pediátrica se informó que el espectro bipolar oscila entre la psicosis subclínica y la psicosis franca. No obstante, en los estudios más recientes sobre la bipolaridad pediátrica se prestó más atención a la manía. Los autores de esta investigación consideran que la bipolaridad pediátrica se asocia con la presencia de episodios mixtos de características menos rigurosas (en comparación con las definiciones psiquiátricas clásicas oficiales) que denominaron “hipomanía mixta”. Dicho cuadro se caracterizó por irritabilidad nocturna combinada con elevación del estado de ánimo y picos de euforia precedida por un estado de transición entre la depresión y la hipomanía que fue descrito por autores como Kraepelin. La oscilación entre la depresión matutina y la hipomanía nocturna se denominó ultradiana ya que tuvo lugar durante el transcurso de 24 horas. A propósito, en un estudio anterior efectuado en pacientes bipolares de 7 a 17 años se observó ciclado ultradiano en el 77.4% de los casos.

La evaluación exclusivamente matutina de estos pacientes puede llevar al diagnóstico erróneo de depresión mayor y a la administración inadecuada de antidepresivos. Es necesario evaluar de manera detallada el cuadro clínico durante el transcurso del día. En general, la elevación del estado anímico y de la actividad tiene lugar entre las nueve de la noche y las tres de la madrugada. Pueden observarse picos de euforia en el contexto de un ánimo depresivo o irritable, verbosidad, aceleración del pensamiento, agitación psicomotora, hiperactividad y disminución de la necesidad de sueño. Al despertar, los pacientes presentan un cuadro depresivo y letárgico. Según consideran los autores, el patrón sintomático descrito



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

se observa en todos los sujetos con hipomanía mixta. Es decir, en lugar de un estado constante de hipomanía, el cuadro se caracteriza por períodos de depresión y períodos de hipomanía. Es posible que este cuadro pueda ser evaluado de manera objetiva mediante actigrafía.

Entre las limitaciones del presente estudio se incluye la duración de dos semanas que impidió evaluar la evolución del cuadro más allá de dicho lapso. Es decir, no fue posible evaluar el curso longitudinal del cuadro de hipomanía mixta y su evolución en ausencia de tratamiento. Además, los pacientes no fueron evaluados de manera continua durante las 24 horas del día. Son necesarios estudios adicionales sobre las características de la hipomanía mixta en la población pediátrica.

La hipomanía mixta es un cuadro frecuente en los niños y adolescentes que presentan trastorno bipolar y son atendidos de manera ambulatoria. Su diagnóstico requiere la consideración del cuadro clínico presente durante las 24 horas del día, más allá del momento de la evaluación. Además, debe considerarse la obtención de información mediante entrevistas a los padres o allegados de los pacientes. El diagnóstico incorrecto de depresión mayor puede conducir a la administración inapropiada de antidepressivos.

 Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/resiic.php/106980

10 - Prevalencia de Demencia en Latinoamérica: Estudio Poblacional Cooperativo

Nitrini R, Caramelli P, Bottino C

International Psychogeriatrics 21(4):622-630, Ago 2009

La población de Latinoamérica sufrió una transformación demográfica que resultó en la presencia de una proporción significativa de ancianos. Según lo informado, el índice de pobreza y analfabetismo en este grupo etario es elevado. Asimismo, el envejecimiento de la población se acompañó de un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas como la demencia, entidad que representa un problema significativo de salud pública. A pesar de lo antedicho, la información sobre la epidemiología de la demencia en Latinoamérica es escasa. De acuerdo con los resultados de una revisión, su prevalencia en los países en vías de desarrollo es inferior en comparación con lo observado en las naciones industrializadas. No obstante, la calidad metodológica de los estudios al respecto es cuestionable. El objetivo del presente trabajo fue analizar la información disponible sobre la prevalencia de demencia en Latinoamérica y compararla con los resultados correspondientes a diferentes países de todo el mundo.

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline y LILACS. Se contactó a los autores de cada estudio para solicitar información epidemiológica actualizada. Sólo se incluyó la información sobre la prevalencia de demencia y las enfermedades que la provocan analizada según la edad, el sexo y el nivel educativo de los pacientes. Además, se tuvieron en cuenta únicamente los resultados de los estudios realizados en la población general. Los datos se analizaron en forma conjunta y los resultados se compararon frente a aquellos obtenidos en investigaciones efectuadas en países desarrollados.

Fueron incluidos 8 estudios llevados a cabo en Brasil, Cuba, Uruguay, Perú, Chile y Venezuela, y se analizó la prevalencia de demencia según la edad de los pacientes. Los resultados fueron comparados con los correspondientes a la población mundial informados en una revisión sistemática efectuada en 2007. Los datos sobre la prevalencia de demencia según el sexo se obtuvieron en 7 de los estudios y fueron comparados con la información brindada en una investigación realizada en poblaciones europeas en 2000. De acuerdo con los resultados, la prevalencia global de demencia en la población de 65 o más años residente en países latinoamericanos fue del 7.1% y no difirió significativamente de la hallada en las naciones desarrolladas. En cambio, la prevalencia de demencia en la población relativamente más joven fue superior en los países de Latinoamérica.

El análisis de la prevalencia de demencia según el nivel educativo de los pacientes se realizó con la información incluida en 6 de los estudios. Debido a que la clasificación acorde al nivel educativo no fue la misma en todos los trabajos, el análisis de los resultados se efectuó según el nivel de alfabetización. De acuerdo con los resultados, la prevalencia de demencia entre los ancianos no alfabetizados es el doble de la que se registra entre los ancianos alfabetizados. La enfermedad de Alzheimer fue la causa más frecuente de demencia. En segundo lugar se ubicó la demencia vascular. La prevalencia de ambas entidades fue del 49.9% al 84.5% y del 8.7% al 26.5%, respectivamente.

La prevalencia general de demencia en la población anciana residente en países de Latinoamérica no difiere significativamente de la prevalencia correspondiente a las naciones desarrolladas. Debe considerarse que tanto en los estudios realizados en países latinoamericanos como desarrollados las prevalencias informadas fueron significativamente heterogéneas. Esto se debería al empleo de criterios diagnósticos diferentes, entre otros motivos.

En cuanto a la influencia del sexo sobre la prevalencia de demencia, los trabajos llevados a cabo en Latinoamérica arrojaron frecuencias más elevadas para ambos sexos en la población de 65 a 69 años y para las mujeres del grupo de 70 a 74 años en comparación con los estudios realizados en países europeos. Respecto de la población de 90 años en adelante, la prevalencia de demencia fue más alta en los países latinoamericanos, aunque la cantidad de participantes fue limitada para obtener una conclusión definitiva. Los resultados tanto de los estudios efectuados en países de Latinoamérica como de investigaciones anteriores permitirían sugerir que el sexo femenino es un factor de riesgo de demencia. No obstante, en un trabajo reciente se informó que la prevalencia superior de demencia entre las mujeres en comparación con los hombres se debería a la mayor expectativa de vida del primer grupo. En las investigaciones llevadas a cabo en poblaciones europeas la demencia también fue más frecuente entre las mujeres. Son necesarios estudios adicionales en la población latinoamericana para definir el papel del sexo como factor de riesgo de demencia.

La prevalencia de demencia observada en los individuos de 65 a 69 años incluidos en estudios latinoamericanos fue significativamente superior en comparación con la observada en investigaciones europeas. Esto se relacionaría con la limitación del acceso a la educación y a la atención médica observada en Latinoamérica en comparación con Europa, entre otros factores. En cambio, los sujetos latinoamericanos de mayor edad presentaron una

prevalencia inferior de demencia en comparación con los sujetos europeos. En la mayoría de los estudios, la prevalencia de demencia fue más elevada entre los pacientes analfabetos. Según lo informado, el nivel educativo bajo se asocia con una manifestación más temprana del deterioro cognitivo. Esto se debería a que los individuos con un nivel educativo superior presentan una reserva cognitiva más elevada que retrasa la manifestación de la enfermedad. Los resultados del presente estudio coinciden con dicha hipótesis. Debe considerarse la posibilidad de que la prevalencia más baja de demencia en la población de mayor edad se deba a la mayor mortalidad de los pacientes con demencia residentes en países latinoamericanos.

En un trabajo previo se sugirió que la prevalencia de demencia en los países en vías de desarrollo es inferior a la observada en las naciones industrializadas. Los autores del estudio propusieron que dicho hallazgo se relacionó con el nivel de exposición a factores de riesgo ambientales de demencia y con la mortalidad más elevada de la población joven. De todas formas, los resultados de este trabajo no coinciden con dichos hallazgos. En cambio, se asemejan a lo informado por el *Dementia Research Group*.

Entre las limitaciones del presente análisis se menciona que los estudios incluidos sólo representan a un tercio de los países de Latinoamérica. Además, los diseños de las investigaciones fueron heterogéneos. Puede concluirse que la prevalencia de demencia en Latinoamérica es similar a la observada en países desarrollados. Dicha prevalencia es superior entre los individuos analfabetos y en aquellos relativamente jóvenes.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resic.php/109732

11 - Estudio Comparativo de la Función Neurocognitiva en Pacientes Bipolares Eutímicos y Pacientes Esquizofrénicos Estabilizados

Sánchez-Morla E, Barabash A, Santos Gómez J y colaboradores

Psychiatry Research 169(3):220-228, Oct 2009

Es sabido que los pacientes con trastorno bipolar (TBP) presentan alteraciones neuropsicológicas que incluyen una afectación del funcionamiento cognitivo observada durante los períodos agudos o de eutimia. Dicha afectación influye sobre dominios como el funcionamiento ejecutivo, la atención, la memoria y el procesamiento de la información. Sin embargo, los resultados de los estudios sobre el funcionamiento cognitivo de los pacientes con TBP son heterogéneos. En la actualidad se discuten los aspectos del funcionamiento ejecutivo que se hallan afectados en los sujetos bipolares y no se comprende con claridad su importancia durante los períodos de eutimia. A esto se suma la presencia de limitaciones y los diversos diseños de los estudios existentes al respecto que impiden la replicación de los resultados. Es decir, si bien se observó un déficit cognitivo en pacientes bipolares eutímicos, la naturaleza, frecuencia y gravedad del déficit y su influencia sobre el funcionamiento psicosocial son temas a estudiar con mayor profundidad.

La influencia de los síntomas psicóticos sobre el deterioro cognitivo observado en individuos bipolares eutímicos

también es tema de debate. Según lo sugerido, tales síntomas son la variable que más influye sobre el funcionamiento cognitivo de los pacientes. No obstante, en un estudio se informó que el antecedente de síntomas psicóticos no se asocia con un aumento de la gravedad del déficit cognitivo. La información sobre el déficit cognitivo de los pacientes bipolares en comparación con los sujetos que presentan otros trastornos psiquiátricos es limitada. En pacientes esquizofrénicos se observó que el déficit cognitivo tiene lugar desde el comienzo de la enfermedad. La similitud entre el déficit cognitivo observado en pacientes bipolares y esquizofrénicos es poco clara. En algunos trabajos se informó que los individuos esquizofrénicos presentan una afectación cognitiva y ejecutiva superior en comparación con los pacientes bipolares. No obstante, en otros estudios se halló un nivel similar de afectación. La heterogeneidad de los hallazgos podría deberse a cuestiones metodológicas.

El presente estudio se llevó a cabo con el objetivo de evaluar si los pacientes bipolares eutímicos presentan un déficit cognitivo generalizado. También se evaluó la influencia del antecedente de síntomas psicóticos sobre el desempeño cognitivo de los sujetos bipolares. En tercer lugar se valoró la relación entre el desempeño cognitivo y el nivel de funcionamiento psicosocial en pacientes bipolares. Por último, se llevó a cabo una comparación entre el funcionamiento cognitivo de los sujetos bipolares eutímicos y los esquizofrénicos estabilizados y se definió la proporción de pacientes con un déficit significativo desde el punto de vista clínico.

Participaron 73 pacientes con TBP, 88 con esquizofrenia y 67 individuos sanos que conformaron el grupo control. La edad de los participantes osciló entre 18 y 60 años. Los pacientes fueron evaluados al menos cada tres meses o ante la presencia de una exacerbación del cuadro clínico. El diagnóstico fue corroborado mediante la *Structured Clinical Interview for Diagnostic Symptoms (SCID)* de acuerdo con los criterios incluidos en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).

Los sujetos bipolares presentaron un período de eutimia de una duración mínima de tres meses antes del inicio del estudio. La eutimia se evaluó según el resultado de la *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)* y de la *Young Mania Rating Scale (YMRS)*. Además, los pacientes bipolares fueron clasificados según el antecedente de síntomas psicóticos evaluados mediante la revisión de historias clínicas y la aplicación de escalas como la *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)*. Los participantes esquizofrénicos cursaban fases no agudas de la enfermedad y residían en la comunidad. La estabilidad de su cuadro psiquiátrico fue evaluada mediante la PANSS.

La evaluación clínica se llevó a cabo mediante la *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*, la *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)*, la YMRS y la PANSS. Para evaluar el funcionamiento psicosocial se aplicó la *Quality of Life Scale (QLS)*. El funcionamiento general de los participantes se valoró mediante la escala *Global Assessment of Functioning (GAF)*. Además, se aplicó la *Sheehan Disability Scale (SDS)* con el fin de valorar la discapacidad y el deterioro funcional provocados por la enfermedad.

Los dominios cognitivos evaluados fueron el funcionamiento ejecutivo, la atención sostenida y la memoria verbal y visual. Dicha evaluación se realizó mediante las pruebas *Wisconsin Card Sorting Test*, *Tower of Hanoi*, *Controlled Oral Word Association Test*, *Animal Naming Test*, *Trail Making Test* y *Wechsler Adult Intelligence*

Scale-Revised (WAIS-R). Otras pruebas aplicadas fueron *Degraded Stimulus Continuous Performance Test*, *California Verbal Learning Test* (CVLT) y *Rey-Osterreith Complex Figure Test* (ROCF). Por último, se valoró el cociente intelectual premórbido.

Los pacientes bipolares recibían tratamiento con litio, antipsicóticos típicos y atípicos y antidepresivos. La cantidad de sujetos esquizofrénicos tratados con antipsicóticos fue superior en comparación con lo observado en el grupo de pacientes bipolares. Además, ningún paciente esquizofrénico fue tratado con anticolinérgicos, litio o anticonvulsivos. El grupo de individuos esquizofrénicos presentó una edad significativamente inferior en comparación con el grupo de pacientes bipolares y el grupo control. Asimismo, los pacientes esquizofrénicos tenían un nivel educativo inferior y un cociente intelectual menor en comparación con el grupo control.

La presencia de esquizofrenia se asoció con un nivel superior de síntomas negativos, positivos y afectivos y con un nivel inferior de funcionamiento psicosocial en comparación con la presencia de TBP. También se observaron diferencias significativas entre los grupos al evaluar el funcionamiento neuropsicológico. Dichas diferencias persistieron al considerar la edad, el sexo, el nivel educativo y otras variables. Tanto los pacientes bipolares como los esquizofrénicos presentaron un déficit significativo de funcionamiento ejecutivo en comparación con el grupo control. No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes respecto de la atención sostenida.

En cuanto a la memoria verbal, los sujetos sanos presentaron un desempeño significativamente superior en comparación con los grupos restantes. Además, los pacientes esquizofrénicos presentaron un desempeño desfavorable en comparación con los sujetos con TBP al considerar el aprendizaje y la memoria de reconocimiento. También se observaron diferencias entre los grupos en términos de memoria visual, que fue superior entre los individuos sanos en comparación con los grupos restantes y entre los pacientes bipolares en comparación con los esquizofrénicos. Las diferencias entre cada grupo de pacientes y el grupo de referencia respecto del funcionamiento ejecutivo, la memoria verbal y la memoria visual fueron significativas.

No se observaron diferencias entre los pacientes bipolares con antecedentes de síntomas psicóticos y aquellos sin dicho antecedente respecto del funcionamiento ejecutivo, la atención sostenida y la memoria verbal y visual. La duración del TBP se correlacionó significativamente con la función ejecutiva y la memoria verbal y visual. No obstante, dicha correlación desapareció al considerar el efecto de la edad y el sexo. La cantidad de episodios maníacos o depresivos y de hospitalizaciones no se correlacionó con el funcionamiento cognitivo. La memoria verbal fue el único parámetro que se correlacionó con el funcionamiento psicosocial de los pacientes bipolares. En cambio, el nivel de discapacidad no se relacionó con el funcionamiento neurocognitivo.

De acuerdo con los resultados obtenidos, los pacientes bipolares presentan un déficit neurocognitivo que no puede ser explicado mediante variables demográficas o clínicas. Dicho déficit afecta la función ejecutiva, la memoria verbal y visual y la atención sostenida. La disfunción observada al realizar diferentes pruebas permite sugerir la presencia de un síndrome disejecutivo generalizado. La falta de relación entre el antecedente de síntomas psicóticos y el déficit cognitivo observada en los sujetos bipolares coincide con lo informado en estudios anteriores. Si bien no se observó una correlación entre el déficit neurocognitivo y el

funcionamiento de los pacientes, puede sugerirse una relación entre la afectación de la memoria verbal y el funcionamiento psicosocial.

La afectación neuropsicológica observada en los individuos con TBP o esquizofrenia fue similar desde el punto de vista cualitativo. En cambio, los pacientes esquizofrénicos presentaron un déficit neurocognitivo más grave y frecuente. En coincidencia con lo informado en otros estudios, el TBP se asoció con un déficit ejecutivo generalizado no influenciado por el antecedente de síntomas psicóticos. Sin embargo, en un metanálisis reciente se informó que los pacientes bipolares presentan un déficit ejecutivo más selectivo. Es decir, la información disponible al respecto es heterogénea. No puede descartarse la influencia de variables culturales sobre el funcionamiento cognitivo de los pacientes. En este sentido, el nivel socioeconómico bajo puede afectar los resultados en forma negativa.

Los sujetos bipolares eutímicos presentaron un desempeño ejecutivo similar en comparación con los pacientes esquizofrénicos estabilizados. De hecho, ambos grupos sólo difirieron en dos de los parámetros de evaluación del funcionamiento ejecutivo aplicados y dicha diferencia fue leve. Debe destacarse que el déficit del funcionamiento ejecutivo se verificó en el 45% de los pacientes bipolares eutímicos. No obstante, no pudo demostrarse una correlación entre el déficit ejecutivo y el funcionamiento psicosocial. Si bien en estudios anteriores se destacó la importancia del déficit de atención sostenida como marcador de vulnerabilidad en sujetos esquizofrénicos o bipolares, los resultados obtenidos no permiten corroborar dicho hallazgo.

En coincidencia con los resultados de trabajos previos, los pacientes bipolares presentaron una afectación de la memoria verbal que influyó sobre el aprendizaje y el recuerdo. Dicha afectación fue más frecuente al considerar el procesamiento semántico. La memoria verbal fue el único dominio neurocognitivo relacionado de manera significativa con el funcionamiento psicosocial. Esto coincide con lo informado por otros autores. La memoria inmediata también fue un parámetro de importancia respecto del funcionamiento laboral de los pacientes bipolares. Este resultado es comprensible ya que la dificultad para recordar información puede afectar significativamente el desempeño laboral. También se propone que el déficit mnemónico se asocia con la afectación del funcionamiento psicosocial. Lo antedicho destaca la importancia del déficit de la memoria verbal en términos de funcionamiento de los pacientes bipolares.

El déficit de la memoria verbal observado en los sujetos esquizofrénicos fue cualitativamente similar al verificado en caso de bipolaridad. En coincidencia con lo informado en estudios anteriores. En cambio, se observaron diferencias desde el punto de vista cuantitativo. Puede concluirse que ambos grupos de pacientes presentaron un déficit de codificación y evocación de la información. Asimismo, el patrón de funcionamiento neurocognitivo fue similar en ambos grupos. Es necesario considerar que la sintomatología negativa puede afectar en mayor medida el desempeño neurocognitivo de los pacientes esquizofrénicos. En consecuencia, las características de la población estudiada pueden influir sobre los resultados. Entre las limitaciones del presente estudio se incluye la imposibilidad de descartar la influencia del tratamiento psicofarmacológico sobre los



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

resultados obtenidos. No obstante, la afectación neurocognitiva también se informó en ausencia de tratamiento farmacológico.

Los resultados obtenidos permiten concluir que los pacientes bipolares eutímicos presentan un déficit generalizado del funcionamiento neuropsicológico cualitativamente similar al observado en caso de esquizofrenia. Esto podría deberse a la existencia de mecanismos fisiopatológicos similares entre ambas entidades. También puede concluirse que la afectación neurocognitiva observada en los sujetos con TBP no se correlaciona con el antecedente de psicosis. Los trastornos relacionados con la memoria verbal resultan importantes desde el punto de vista clínico debido a su asociación con la afectación del funcionamiento psicosocial y de la calidad de vida de los pacientes bipolares. Por lo tanto, la evaluación de la memoria verbal es importante para definir la eficacia de las intervenciones terapéuticas. Son necesarios estudios adicionales al respecto.

 Información adicional en www.siicsalud.com/data/resic.php/109750

12 - Automedicación de los Trastornos del Estado de Ánimo con Alcohol y Drogas según el *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*

Bolton J, Robinson J, Sareen J

Journal of Affective Disorders 115(3):367-375, Jun 2009

Los trastornos del estado de ánimo y los relacionados con el consumo de sustancias son entidades prevalentes que coexisten con frecuencia. Ambos trastornos generan discapacidad y disminución de la calidad de vida. Además, su tratamiento adecuado es dificultoso. La comorbilidad entre los trastornos del estado de ánimo y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias podría deberse a la existencia de una relación causal directa. Es decir, la presencia de uno de los trastornos generaría la aparición del segundo.

En caso de trastornos de ansiedad, la comorbilidad con el uso indebido de alcohol es frecuente y se considera una forma de automedicación (AM) destinada a disminuir el malestar. La prevalencia de abuso de sustancias en pacientes con trastornos del estado de ánimo es elevada en comparación con la población general. A pesar de lo antedicho, la información sobre la AM relacionada con este tipo de trastornos es limitada.

Si bien se sugiere que los trastornos del estado de ánimo preceden el abuso de sustancias, los resultados obtenidos en los estudios al respecto son heterogéneos. Por ejemplo, se informó que en caso de bipolaridad el consumo de alcohol puede utilizarse para aliviar la depresión. En cambio en otros trabajos se informó que dicha conducta no es frecuente. A esto debe sumarse la escasez de estudios sobre la AM de síntomas afectivos en la población general. De hecho, no existe información sobre las características sociodemográficas y el patrón de comorbilidades de la población que consume alcohol o drogas para disminuir la intensidad de los síntomas afectivos.

El presente estudio fue llevado a cabo con el objetivo de evaluar la AM en pacientes con trastornos del estado de ánimo reclutados de la población general. Concretamente, se valoró la prevalencia de la AM, las características

sociodemográficas y clínicas de los individuos que empleaban alcohol o drogas para disminuir su sintomatología. Los autores propusieron que la utilización de sustancias con el fin de obtener el alivio sintomático sería frecuente y que dicha conducta se asociaría con una frecuencia elevada de comorbilidades psiquiátricas.

Para efectuar esta investigación se utilizó la información incluida en el *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC) correspondiente a individuos adultos no institucionalizados de diferentes orígenes étnicos. Para evaluar la presencia de trastornos mentales se utilizó la *NIAA Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule IV* (AUDADIS-IV). Se detectaron casos de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, y trastornos relacionados con el abuso de sustancias. En el NESARC los individuos con trastornos del estado de ánimo fueron evaluados para detectar la AM y el consumo de alcohol o drogas con el fin de aliviar la sintomatología.

En el presente análisis sólo se incluyeron los sujetos que habían referido AM con drogas lícitas o ilícitas y reunían los criterios para el diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo incluidos en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). En una primera instancia se evaluó la coexistencia de AM con alcohol y drogas. El 71.9% de los individuos que informó AM con alcohol negó AM con drogas. En cambio, el 71.5% de aquellos que refirieron AM con drogas también reconocieron AM con alcohol. En vista de los resultados, los autores dividieron a los participantes en tres grupos: 1) AM con alcohol exclusivamente, 2) AM con drogas en presencia o ausencia de AM con alcohol y 3) ausencia de AM. Los grupos estuvieron integrados por 1 315, 656 y 6 449 individuos, respectivamente. Por último, las variables sociodemográficas evaluadas fueron la edad, el sexo, el estado civil, el nivel educativo, el origen étnico, la región de residencia y el nivel de ingresos, entre otras.

Cerca del 25% de los sujetos con trastornos del estado de ánimo refirió el consumo de sustancias con el fin de aliviar su sintomatología. La prevalencia de AM fue más elevada en el trastorno bipolar tipo I: el 41% empleaba alcohol o drogas para lograr el alivio sintomático, especialmente durante los episodios depresivos (40.8% en bipolares tipo I y 32.2% en bipolares tipo II); en cambio, el 28.4% y el 8.2% se automedicaba en presencia de sintomatología maníaca o hipomaníaca, respectivamente. En caso de depresión mayor, la frecuencia de AM fue menor. En cambio, dicha frecuencia fue máxima entre los pacientes con trastorno bipolar tipo I. En general, el consumo de alcohol fue más frecuente en comparación con el consumo de drogas. En cuanto a la asociación entre las características sociodemográficas y la AM, se observó que los hombres con trastornos del estado de ánimo tenían una probabilidad significativamente superior de AM en comparación con las mujeres. Asimismo, los sujetos que se automedicaban generalmente eran solteros o viudos y más jóvenes en comparación con los que no lo hacían.

Se observó una asociación significativa entre la AM en los hombres y la comorbilidad con los trastornos de ansiedad y de personalidad, principalmente trastorno de angustia y trastorno de la personalidad por dependencia. Entre las mujeres, las entidades más asociadas con la AM también fueron los trastornos de ansiedad y de personalidad. De hecho, el 64.4% de las mujeres que se automedicaban presentaba un trastorno de ansiedad, principalmente el trastorno de ansiedad generalizada. Por último, la alteración de la personalidad más frecuente entre las mujeres fue el trastorno de la personalidad por dependencia.

De acuerdo con los resultados obtenidos, la AM es muy frecuente entre los individuos con trastornos del estado de ánimo de la población general. Dicho hallazgo fue especialmente notorio en caso de AM con drogas en pacientes con trastorno bipolar tipo I. Los resultados coinciden con lo informado en estudios poblacionales sobre la prevalencia elevada de comorbilidad con abuso de sustancias en caso de bipolaridad. Entre los motivos de dicha frecuencia elevada se incluye el deseo de mejorar el estado de ánimo, aliviar la tensión o alcanzar o mantener la euforia e incrementar el nivel de energía. En coincidencia con lo informado en un estudio efectuado de Weiss y col., el síntoma que motivó la AM de los pacientes bipolares tipo I y II con mayor frecuencia fue la depresión. Esto se debería a que esta última es el síntoma que mayor malestar ocasiona a los sujetos bipolares. Es decir, los individuos bipolares que cursan episodios depresivos tendrían una predisposición más elevada a automedicarse en comparación con los que cursan episodios maníacos o hipomaníacos.

En diferentes estudios se informó un aumento de la frecuencia de alcoholismo en caso de depresión. En coincidencia, en el presente trabajo los pacientes depresivos se automedicaron principalmente con alcohol. Si bien en investigaciones anteriores no se evaluaron los motivos del consumo de alcohol en caso de depresión, se sugirió que el fin era la AM debido a que la depresión precedió a la ingesta alcohólica. En este estudio no se evaluó el curso longitudinal del consumo de alcohol en relación con la aparición del trastorno depresivo. No obstante, los resultados obtenidos coinciden con lo hallado en trabajos anteriores sobre AM en caso de depresión.

El consumo de alcohol y drogas con el propósito de aliviar la afectación del estado de ánimo es frecuente en individuos con trastornos del estado de ánimo. Dicha AM se asocia con un aumento de la frecuencia de trastornos de la personalidad y de ansiedad. Puede afirmarse que el consumo de drogas y alcohol es una conducta potencialmente insegura y aumenta la gravedad de los trastornos mentales tanto en hombres como en mujeres. Además, el perfil de comorbilidad psiquiátrica fue generalmente más grave entre los individuos que consumían drogas ilícitas o empleaban prescripciones médicas de un modo inadecuado. Es posible que la elección más frecuente de las drogas en comparación con el alcohol a la hora de automedicarse se relacione con factores que aumentan la susceptibilidad del individuo para padecer enfermedades psiquiátricas.

Entre las limitaciones de esta investigación se menciona la naturaleza transversal del NESARC que no permitió evaluar la aparición de los trastornos. Tampoco se contó con información sobre la edad de los individuos en el momento en que se presentó el trastorno. Otra limitación fue la ausencia de cuantificación del consumo de alcohol o drogas. Son necesarios estudios adicionales sobre la AM con alcohol o drogas en pacientes con trastornos del estado de ánimo. De todas formas se puede concluir que la AM es una estrategia empleada frecuentemente por los sujetos con trastornos del estado de ánimo con el propósito de aliviar el malestar. Dicha conducta se relaciona con un aumento de la comorbilidad con otros trastornos mentales. De acuerdo con lo antedicho, los profesionales deben evaluar el consumo de alcohol o drogas lícitas o ilícitas a la hora de tratar pacientes con trastornos del estado de ánimo. La confirmación de dicho consumo podría implicar el requerimiento de un tratamiento más exhaustivo.

13 - El Estrés Postraumático Afecta la Calidad de Vida de los Niños que Sufrieron Accidentes de Tránsito: Estudio Prospectivo

Landolt M, Vollrath M, Gnehm H, Sennhauser F

Australian and New Zealand Journal of Psychiatry
43(8):746-753, Ago 2009

Entre las consecuencias observadas en niños que sufrieron accidentes de tránsito (AT) se incluyen alteraciones conductuales como el trastorno por estrés postraumático (TEPT), la depresión y la ansiedad. El TEPT observado en dichos casos puede tener una duración mayor de un año. La información sobre la afectación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los niños y adolescentes que sufren AT es escasa. En un estudio realizado en sujetos que padecieron heridas leves en tales accidentes se informó la presencia de problemas significativos relacionados con el funcionamiento motor y la autonomía. El riesgo de afectación de la CVRS fue especialmente elevado entre los niños pertenecientes a familias de bajo nivel socioeconómico y en aquellos que sufrieron heridas más graves. No obstante, los resultados no pueden generalizarse a los individuos que sufren heridas más leves. En otros estudios realizados en niños víctimas de AT se halló que entre los factores que afectan la CVRS se incluyen la edad, el sexo, el tipo de lesión, los síntomas de estrés agudo y la calidad de los vínculos con la familia.

La frecuencia de TEPT en niños con antecedente de AT es elevada. No obstante, el efecto del trastorno sobre la CVRS no fue estudiado en profundidad. La información obtenida en pacientes adultos permite sugerir que el TEPT se asocia con una disminución de la CVRS de los individuos que sufrieron diferentes tipos de lesiones. La información acerca del efecto específico de los AT permite sugerir una asociación entre el estrés agudo durante la hospitalización y la afectación significativa de la calidad de vida.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la CVRS en niños y adolescentes que sufrieron un AT durante el último año y comparar los resultados frente a un grupo control. Los autores propusieron que los niños y jóvenes que sufrieron un AT tendrían una calidad de vida inferior durante la fase inicial posterior al accidente y mejorarían con posterioridad. En segundo lugar se evaluaron los predictores de calidad de vida. En este sentido se enfatizó sobre el efecto del TEPT a largo plazo. De acuerdo con lo informado en trabajos anteriores, los autores propusieron que los pacientes con TEPT presentarían una disminución de la calidad de vida.

Participaron 68 niños y adolescentes de 6.5 a 14.5 años que habían sufrido un AT. Además se solicitó la participación de los padres de los pacientes. Los participantes debían haber requerido hospitalización durante al menos 24 horas. No se incluyeron pacientes con traumatismo cerebral grave ni retraso mental. Los participantes fueron evaluados al mes y al año del accidente mediante una entrevista estandarizada. Además se recabó información de las historias clínicas de los pacientes.

La gravedad de las lesiones se evaluó mediante la *Modified Injury Severity Scale* (MISS). El funcionamiento de los pacientes relacionado con las actividades físicas cotidianas se evaluó según la información aportada por los profesionales. Para valorar la CVRS se empleó el cuestionario *Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek-Academisch Ziekenhuis*

Leiden (TNO-AZL) *Children's Quality of Life* (TACQOL) y *Child Form*. El TACQOL incluye subsescalas que permiten la evaluación de la autonomía y del funcionamiento físico, motor básico, cognitivo y social. Además se aplicaron escalas para evaluar el funcionamiento emocional positivo y negativo. También se solicitó a los pacientes que refirieran la presencia de problemas relacionados con los dominios evaluados y la afectación provocada por ellos.

Para evaluar la presencia de síntomas de estrés postraumático se aplicó el *Child PTSD Reaction Index* (RI). La información obtenida mediante entrevistas a los padres permitió valorar el antecedente de eventos vitales como mudanzas, desempleo o divorcio paterno durante los 12 meses anteriores al accidente en forma retrospectiva. El nivel socioeconómico se evaluó según el estado laboral y el nivel educativo de los padres.

En general, los participantes tenían un nivel socioeconómico medio o alto, vivían con ambos padres y habían resultado lesionados mientras caminaban o andaban en bicicleta. Los traumatismos sufridos por los pacientes fueron, en orden decreciente de frecuencia, lesiones craneoencefálicas leves, fracturas de los miembros inferiores, superiores o de otras regiones del cuerpo y lesiones internas. Además, el 49% de los participantes presentaba lesiones combinadas. En ningún caso se observó riesgo de muerte.

El 2.9% de los niños y adolescentes estaban hospitalizados al inicio del estudio. El funcionamiento de los pacientes fue significativamente inferior al mes del accidente en comparación con lo observado luego de un año. De hecho, casi el 90% de los participantes presentaban un buen funcionamiento luego de un año de seguimiento. El 16.2% y 17.6% de los participantes mostraban reacciones de estrés postraumático moderadas a graves luego de un mes y un año de seguimiento, respectivamente. Los pacientes presentaron un nivel significativamente inferior de CVRS en comparación con el grupo control. Dicha afectación se relacionó principalmente con la autonomía y el funcionamiento motor y emocional positivo. El puntaje total del TACQOL fue significativamente inferior entre los pacientes en comparación con el grupo de referencia. No se observó la afectación del funcionamiento cognitivo y social luego de un mes de seguimiento.

De acuerdo con lo observado al transcurrir un año de seguimiento, los pacientes no presentaron una afectación significativa de la CVRS. De hecho, refirieron un funcionamiento social superior y menos molestias físicas en comparación con el grupo de referencia y la mayoría de los ítems del TACQOL mejoraron significativamente a medida que transcurrió el tiempo. Esto permite indicar una mejoría correspondiente de la calidad de vida. No se observó una asociación significativa entre la CVRS y la edad, el nivel socioeconómico, los eventos vitales durante el año previo al accidente, la gravedad de las lesiones y la duración de la internación. En cambio, la CVRS estuvo influenciada por el sexo del paciente ya que las mujeres refirieron resultados desfavorables al respecto en comparación con los varones luego de un mes de seguimiento. Los eventos vitales anteriores al accidente también influyeron sobre la calidad de vida evaluada al año de seguimiento. El funcionamiento de los pacientes luego de un mes de seguimiento fue la única variable física relacionada de manera significativa con la CVRS.

Se observó una correlación significativa entre el puntaje total del TACQOL obtenido al mes y al año de seguimiento. Es decir, el parámetro fue estable durante el primer año de seguimiento. También se verificó una correlación significativa entre el TEPT y la CVRS al mes y al año de evaluación. Es decir, el TEPT tendría un efecto negativo a largo plazo en

términos de calidad de vida. Las variables evaluadas dieron cuentas del 32% de la varianza del puntaje correspondiente a la calidad de vida. No obstante, la presencia de TEPT fue el único parámetro que contribuyó de manera significativa a la predicción de la calidad de vida luego de un año de seguimiento. Esto permite indicar el efecto negativo del trastorno a largo plazo. El puntaje total del TACQOL obtenido al mes de seguimiento indicó que la calidad de vida general también fue un factor predictivo de importancia. Por último, el sexo femenino, la gravedad de las lesiones y la cantidad de eventos vitales que sufrió el paciente no afectaron significativamente la CVRS luego de un año de seguimiento.

Los hallazgos de este estudio permiten sugerir que la CVRS de los niños y adolescentes que sufren AT se ve afectada significativamente. No obstante, la afectación sólo fue notoria luego de un mes del accidente cuando los participantes presentaron una disminución de la autonomía y del funcionamiento motor y emocional en comparación con el grupo control. Dicha afectación fue transitoria y se normalizó al año de seguimiento. Los resultados coinciden con lo informado en trabajos anteriores y permiten confirmar la hipótesis planteada por los autores. Puede afirmarse entonces que la afectación a largo plazo de la CVRS provocada por los AT no se observa en ausencia de traumatismo cerebral grave.

La presencia de TEPT luego de un año del accidente influyó significativamente sobre la CVRS. Este hallazgo coincide con lo propuesto por los autores y con lo informado en investigaciones anteriores realizadas en adultos y en adolescentes. El presente estudio aporta información sobre las consecuencias negativas de los síntomas de TEPT tempranos en niños que sufren AT. Los resultados obtenidos permiten sugerir que el TEPT afecta diferentes dominios de la CVRS. La relación entre el trastorno y la calidad de vida no es unidireccional sino que los síntomas de TEPT interactúan con la CVRS de manera bidireccional.

En coincidencia con lo informado en estudios previos, la edad, el sexo y las características clínicas de los pacientes, entre otras, no afectaron la CVRS a largo plazo. En cambio, la calidad de vida luego de un mes de seguimiento influyó sobre la CVRS al año de seguimiento. Puede sugerirse entonces que la CVRS de los niños es un parámetro estable a medida que transcurre el tiempo. Es necesario considerar que en este estudio no se evaluó el efecto de variables como la psicopatología premórbida y las características de la familia de los participantes que podrían haber afectado la CVRS.

Entre las limitaciones del presente trabajo se menciona la inclusión de una cantidad limitada de participantes. Además, el TACQOL no es una herramienta diseñada específicamente para evaluar poblaciones pediátricas. Por último, no se contó con información sobre la salud mental de los participantes antes del estudio. A pesar de lo antedicho, la detección de sintomatología compatible con TEPT podría permitir la identificación de los pacientes con un riesgo elevado de afectación de la CVRS luego de sufrir un AT. El tratamiento temprano del TEPT podría ser de utilidad para mejorar la calidad de vida a largo plazo de los niños que sufren AT.

Contacto Directo

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 1	El <i>Insight</i> en la Esquizofrenia... Características Clínicas, Respuesta...	<ul style="list-style-type: none"> • David Gil Sanz, Centro Hospitalario Padre Menni, 39004, Santander, España • Dr. M. Mazza. Catholic University of Sacred Heart, Department of Psychiatry, Bipolar Disorders Unit, 00136, Roma, Italia
2	Tratar o no Tratar: Metanálisis...	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. B. Satler Diniz. University of Sao Paulo, Faculty of Medicine, Institute and Department of Psychiatry, 05403-010, San Pablo, Brasil
3	La Relación de la Bulimia y la...	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. K. Oedegaard. University of California, International Mood Center, La Jolla, California, EE.UU.
4	Demencia Frontotemporal y...	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. O. Piguet. Prince of Wales Medical Research Institute, NSW 2031, Sidney, Australia
5	La Mejoría Temprana Inducida...	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. F. Seemüller. Ludwig-Maximilians-University, Department of Psychiatry and Psychotherapy, 80336, Munich, Alemania
6	¿Cómo Emplean Benzodiazepinas...	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. A. Smith. School of Health Sciences, SO17 1BJ, Highfield, Southampton, Reino Unido
7	Tabaquismo y Enfermedad de...	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. E. O'Reilly. Harvard School of Public Health, Departments of Epidemiology and Nutrition, MA 02215, Boston, Massachusetts, EE.UU.
8	¿Son Impulsivos los Sujetos...	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. M. Nock. Harvard University, Department of Psychology, MA 02138, Cambridge, EE.UU.
9	"Hipomanía Mixta" en Niños y...	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. S. Dilsaver. Comprehensive Doctors Medical Group, Inc., Arcadia, California, EE.UU.
10	Prevalencia de Demencia en...	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. P. Caramelli. Federal University of Minas Gerais, Faculty of Medicine, Department of Internal Medicine, 30.130-100, Belo Horizonte, Brasil
11	Estudio Comparativo de la Función...	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. E. Sánchez-Morla. University General Hospital of Guadalajara, Psychiatry Service, 19002, Guadalajara, España
12	Automedicación de los Trastornos...	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. J. Bolton. University of Manitoba, Department of Psychiatry, R3E 3N4, Winnipeg, Manitoba, Canadá
13	El Estrés Postraumático Afecta...	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. M. Landolt. University Children's Hospital, Department of Psychosomatics and Health Behaviour, Oslo, Noruega

Autoevaluaciones de Lectura

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°	Enunciados	Seleccione sus opciones
1	¿Qué tipo de trastorno bipolar (TBP) se asocia más frecuentemente con el uso indebido de sustancias?	A) TBP-I. B) TBP-II. C) Trastorno ciclotímico. D) B y C son correctas.
2	Indique la opción correcta sobre los inhibidores de la colinesterasa:	A) Pueden disminuir el riesgo de progresión hacia la demencia y la enfermedad de Alzheimer. B) Nunca deben emplearse en caso de deterioro cognitivo leve. C) Sólo son útiles en pacientes con enfermedad de Alzheimer avanzada. D) Aceleran el deterioro de los pacientes con deterioro cognitivo leve.
3	¿Cuál es la opción correcta sobre los trastornos de la alimentación?	A) Pueden pertenecer al espectro bipolar. B) Pueden asociarse con temperamentos similares a los observados en caso de trastorno bipolar. C) Nunca deben incluirse dentro del espectro bipolar. D) A y B son correctas.
4	Señale la opción correcta sobre la población de pacientes ancianos con demencia:	A) La demencia vascular es más frecuente que la relacionada con la enfermedad de Alzheimer (EA). B) La demencia por cuerpos de Lewy es más frecuente que la relacionada con la EA. C) La demencia frontotemporal solo se observa en mayores de 65 años. D) En menores de 65 años, la demencia frontotemporal es tan frecuente como la EA.
5	Señale la opción correcta sobre la mejoría temprana asociada al tratamiento antidepresivo:	A) Puede predecir la respuesta al tratamiento. B) No guarda relación con la respuesta al tratamiento. C) No se asocia con la remisión del cuadro depresivo. D) Predice la ausencia de respuesta al tratamiento.
6	¿Qué efectos pueden provocar las benzodiazepinas en los ancianos?	A) Mareos y sedación. B) Confusión, caídas y fracturas. C) Tolerancia y dependencia. D) Todas son correctas.
7	Indique la opción correcta sobre la relación entre el tabaquismo y la enfermedad de Parkinson:	A) Es inexistente. B) Existe una relación causal definida. C) El tabaquismo siempre aumenta el riesgo de enfermedad de Parkinson. D) No es posible definir un vínculo de causalidad.
8	Señale la opción correcta sobre los pacientes autoagresivos:	A) Refieren un nivel inferior de impulsividad en comparación con los no autoagresivos. B) Refieren un nivel elevado de impulsividad en comparación con los no autoagresivos. C) Muestran impulsividad elevada en evaluaciones realizadas en laboratorios especializados. D) Su evaluación mediante diferentes abordajes siempre arroja niveles elevados de impulsividad.

Respuestas Correctas

TD N°	Respuestas	Fundamentaciones	Opción
1	B y C son correctas.	Los pacientes con TBP-II o trastorno ciclotímico presentan una frecuencia más elevada de comorbilidad con el trastorno por uso indebido de sustancias en comparación con los sujetos con TBP-I.	D
2	Pueden disminuir el riesgo de progresión hacia la demencia y la enfermedad de Alzheimer.	El tratamiento a largo plazo con inhibidores de la colinesterasa puede resultar en una disminución significativa del riesgo de progresión desde el deterioro cognitivo leve hacia la demencia y la enfermedad de Alzheimer.	A
3	A y B son correctas.	Los trastornos de la alimentación se relacionan con la bipolaridad según los criterios diagnósticos incluidos en el DSM-IV. Además, ambas entidades comparten temperamentos afectivos. Esto permite sugerir que esta comorbilidad pertenece a un espectro bipolar amplio.	D
4	En menores de 65 años, la demencia frontotemporal es tan frecuente como la EA.	Luego de la EA, los tipos de demencia más frecuentes entre los pacientes ancianos se corresponden con la demencia vascular y aquella por cuerpos de Lewy. Al considerar a la población menor de 65 años, la demencia frontotemporal es una entidad tan frecuente como la EA.	D
5	Puede predecir la respuesta al tratamiento.	La mejoría temprana del cuadro clínico es una condición necesaria para obtener la respuesta al tratamiento con posterioridad. Es decir, la ausencia de un beneficio temprano al administrar antidepresivos se asocia con una probabilidad baja de respuesta o remisión.	A
6	Todas son correctas.	Es sabido que el empleo de benzodiazepinas en pacientes ancianos puede provocar mareos, sedación, cuadros confusionales, caídas y fracturas. Además, el consumo de benzodiazepinas a largo plazo genera tolerancia y dependencia sin importar la edad del paciente.	D
7	No es posible definir un vínculo de causalidad.	Se informó que el tabaquismo se asocia con una disminución de la frecuencia de enfermedad de Parkinson. No obstante, no es posible definir un vínculo de causalidad.	D
8	Refieren un nivel elevado de impulsividad en comparación con los no autoagresivos.	Los pacientes autoagresivos refieren un nivel elevado de impulsividad en comparación con los sujetos no autoagresivos. No obstante, no muestran un aumento de la impulsividad al aplicar parámetros de evaluación conductual en un laboratorio especializado.	B