

Serie Psiquiatría

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

Volumen 1, Número 3, Agosto 2014

Dirección, Comité de expertos, Fuentes científicas 3

Artículos distinguidos

A- El insight en la esquizofrenia y su relación con variables afectivas, cognitivas y psicopatológicas
Rosario Bengochea Seco, SIIC 4

Informes seleccionados Reseñas seleccionadas

1 - Maduración Funcional en Jóvenes con Riesgo Clínico Elevado: Valor Predictivo de la Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos
Tarbox S, Addington J, Woods S y col.
Psychiatry Research 215(1):52-60, Ene 2014 10

2 - Empleo de Pregabalina para el Tratamiento Agudo de los Pacientes con Depresión Ansiosa: Estudio de Casos Clínicos
Anderson C, Duncan G, Quante A
Psychiatry Research 215(1):246-248, Ene 2014 12

3 - Duloxetina y Pregabalina para el Abordaje del Dolor en Pacientes con Enfermedades Reumáticas Múltiples Asociadas con Fibromialgia
Angeletti C, Guetti C, Varrasi G y col.
Pain Practice 13(8):657-662, Nov 2013 13

4 - La Utilidad del IFS (INECO Frontal Screening) para la Detección de la Disfunción Ejecutiva en Adultos con Trastorno Bipolar y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
Báez S, Ibáñez A, Torralva T y col.
Psychiatry Research 216(2):269-276, May 2014 15

5 - Coexistencia de Comorbilidades Médicas y Depresión: Efectos Multiplicativos sobre la Salud de los Adultos Mayores
Ho C, Feng L, Ng T y col.
International Psychogeriatrics 26(7):1221-1229, Jul 2014 17

Novedades seleccionadas

6 - El Dolor y el Insomnio Generan Disfunción Laboral
Lallukka T, Overland S, Sivertsen B y col.
European Journal of Pain 18(6):883-892, Jul 2014 19

7 - El Abuso Infantil, el Uso de Marihuana y Experiencias Adversas Aumentan el Riesgo de Experiencias Psicóticas
Morgan C, Reininghaus U, Hatch S y col.
British Journal of Psychiatry 204:346-353, May 2014 20

8 - Los Criterios Diagnósticos del Trastorno Límite de la Personalidad Podrían Perfeccionarse
Sellbom M, Sansone R, Songer D, Anderson J
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 48(4):325-332, Abr 2014 22

9 - Conceptos y Conceptos Erróneos del Espectro Bipolar
Ghaemi S, Dalley S
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 48(4):314-324, Abr 2014 23

10 - Trauma en la Infancia en el Trastorno Bipolar
Watson S, Gallagher P, Young A y col.
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 48(6):564-570, Jun 2014 25

Contacto directo 27
Autoevaluaciones de lectura, Respuestas correctas 28
Posologías 29-30

Conexiones Temáticas

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

Especialidades	Artículos, números
Anestesiología	.....6
Atención Primaria	.....4, 5, 10
Epidemiología	.....10
Farmacología	.....2, 3
Geriatría	.....5
Gerontopsiquiatría	.....5
Medicina Familiar	.....4, 5, 10
Medicina Farmacéutica	.....2, 3
Medicina Interna	.....3-6, 10
Neurología	.....4
Pediatría	.....10
Psicofarmacología	.....2, 7
Psiquiatría Clínica de Adultos	.....A, 1, 2, 4, 5, 7-10
Psiquiatría Infantojuvenil	.....1, 7, 10
Reumatología	.....3
Salud Pública	.....6, 10
Toxicología	.....7





Sociedad Iberoamericana
de Información Científica

Rafael Bernal Castro
Presidente

Rosa María Hermitte
Directora PEMC-SIIC

Colección

Trabajos Distinguidos

Serie

Psiquiatría

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



www.trabajosdistinguidos.com/trabdis.php

Dirección Honoraria
Amelia Musacchio de Zan

Dirección Científica
Alberto Monchablón Espinoza

Coordinación Científica
Andrés Zubrzycki

Comité de expertos

(en actualización)

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

Fuentes científicas

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

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

Consejo Superior

Programa SIIC de Educación
Médica Continuada (PEMC-SIIC)

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

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

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



Información adicional en
www.siic.salud.com



Artículo completo en
www.siic.info

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

A - El *insight* en la esquizofrenia y su relación con variables afectivas, cognitivas y psicopatológicas

Insight into schizophrenia and its relationship to affective, cognitive and psychopathological variables



Rosario Bengochea Seco, Psicóloga Clínica, Centro Hospitalario Padre Menni, Santander, Cantabria, España

David Gil Sanz, Psicólogo Clínico, Centro Hospitalario Padre Menni, Santander, Cantabria, España

Marta Arrieta Rodríguez, Psicóloga Clínica, Centro Hospitalario Padre Menni, Santander, Cantabria, España

Mar Fernández Modamio, Psicóloga Clínica, Centro Hospitalario Padre Menni, Santander, Cantabria, España

Ismael Lastra Martínez, Médico Psiquiatra, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Acceda a este artículo en
siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



Enviar correspondencia a: David Gil Sanz, Centro de Rehabilitación Psicosocial, Centro Hospitalario Padre Menni, C/Andrés del Río 7, bajo, 39004, Santander, Cantabria, España
crpsant@mennisant.com

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

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.

Key words: schizophrenia, insight, cognitive impairment, psychopathology, depression

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.

Palabras clave: esquizofrenia, *insight*, deterioro cognitivo, psicopatología, depresión

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 los ajuste sociales.^{10,22-32}

También se han registrado numerosos resultados de la relación entre *insight* y funcionamiento cognitivo. Sin embargo, los estudios realizados no demuestran 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 asocian 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 depre-

sión 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 una crisis o inmediatamente después de ésta³⁷ y, al igual que el *insight*, parece ser un factor asociado con 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 pocos 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 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, parecen 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 de éste. 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 asocian con la conciencia de síntomas positivos; en tanto que Sim y col.⁶¹ la vinculan con la conciencia general de enfermedad, de las consecuencias sociales y de la eficacia del tratamiento.

El objetivo de este trabajo fue revisar los resultados anteriores sobre la existencia de dos factores del *insight*¹⁷ (uno basado en una conciencia general de enfermedad, asociado 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 los síntomas de tipo afectivo.

Materiales y métodos

La muestra estuvo compuesta por 136 pacientes diagnosticados de esquizofrenia, según los criterios CIE-10, que acudían 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; el promedio de años de evolución de la enfermedad fue de 11.70 (desviación estándar [DE] = 8.49); en cuanto a los rangos de edad, el 17.6% tenía menos de 25 años; el 44.9%, entre 25 y 35; el 22.1%, entre 36 y 45, y el 15.4% era mayor de 45 años. Con respecto al nivel de estudios, el 14% tenía estudios incompletos, el 33.1% estudió primaria, el 46.4% cursó secundaria, y el 6.5% poseía estudios universitarios.

Tabla 1

Subpruebas 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 categórica	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 las subpruebas del Test Barcelona.

La capacidad de *insight* se valoró como medida general mediante el ítem ausencia de juicio e introspección, de la *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS), 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 ítems fue 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 ítems de los que componen esta prueba: dígitos directos, dígitos inversos, evocación categórica, 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 ítems fueron seleccionados sobre la base de la versión abreviada que los autores proponen para la valoración de deterioro cognitivo en la esquizofrenia.

La evaluación de la sintomatología depresiva se realizó mediante el *Beck Depression Inventory* (BDI).⁶⁴ Se evaluó la ansiedad con el *State-Trait Anxiety Inventory* (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 asociación con las ideas de suicidio se valoró mediante 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 ítems 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 ítems 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 las subpruebas del Test Barcelona dígitos directos, aprendizaje de palabras, memoria visual inmediata, cálculo, semejanzas, clave de números y cubos (Tabla 1). Además, el factor 2 del *insight* se 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 escaso, 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 relación alguna ni con el STAI ni con el BDI. El factor 2, sin embargo, se 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 variable conciencia de las consecuencias de la enfermedad, que forma parte del factor 1, sí se asoció 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 ítems 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 ítems conciencia de enfermedad, conciencia de tratamiento y ausencia de juicio e introspección de la PANSS (factor 2). De esta manera, se establece 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

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 escaso	-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	-0.0180	0.044

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

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 ítems P1, P7, N7, PG8 y PG13 de la PANSS, se establecen nuevas asociaciones. 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.

Asimismo, la asociación 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 vinculados con el 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 conse-

cuencias de la enfermedad y las ideas de suicidio. Aunque éste debe ser un tema más investigado, una posibilidad sería implementar 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 eficacia en términos de prevención y abordaje 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 una mayor investigación, tanto de ideas como de conductas autolíticas asociadas con las variables de estudio, para mostrar una visión más amplia de las consecuencias del *insight*, sobre todo aquellas vinculadas con 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.

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

Cómo citar este artículo

Bengochea Seco R, Gil Sanz D, Arrieta Rodríguez M, Fernández Modamio M, Lastra Martínez I. El *insight* en la esquizofrenia y su relación con variables afectivas, cognitivas y psicopatológicas. Trabajos Distinguidos Psiquiatría 1(3):4-8, Ago 2014.

How to cite this article

Bengochea Seco R, Gil Sanz D, Arrieta Rodríguez M, Fernández Modamio M, Lastra Martínez I. Insight into schizophrenia and its relationship to affective, cognitive and psychopathological variables. Trabajos Distinguidos Psiquiatría 1(3):4-8, Ago 2014.

Autoevaluación del artículo

Los problemas de *insight* pueden observarse aproximadamente en la mitad de los pacientes esquizofrénicos y guardan una relación con la psicopatología, la adaptación funcional y la competencia y el ajuste social, entre otras variables.

¿Qué características tienen los factores que integran el *insight*?

A, El factor cognitivo se vincula con la conciencia de enfermedad; B, El factor psicótico se vincula con la conciencia de síntomas positivos y negativos; C, El factor cognitivo se vincula con la atribución de síntomas; D, El factor psicótico se vincula con la conciencia de las consecuencias; E, El factor cognitivo se vincula con la conciencia de tratamiento.

Verifique su respuesta en www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/99616

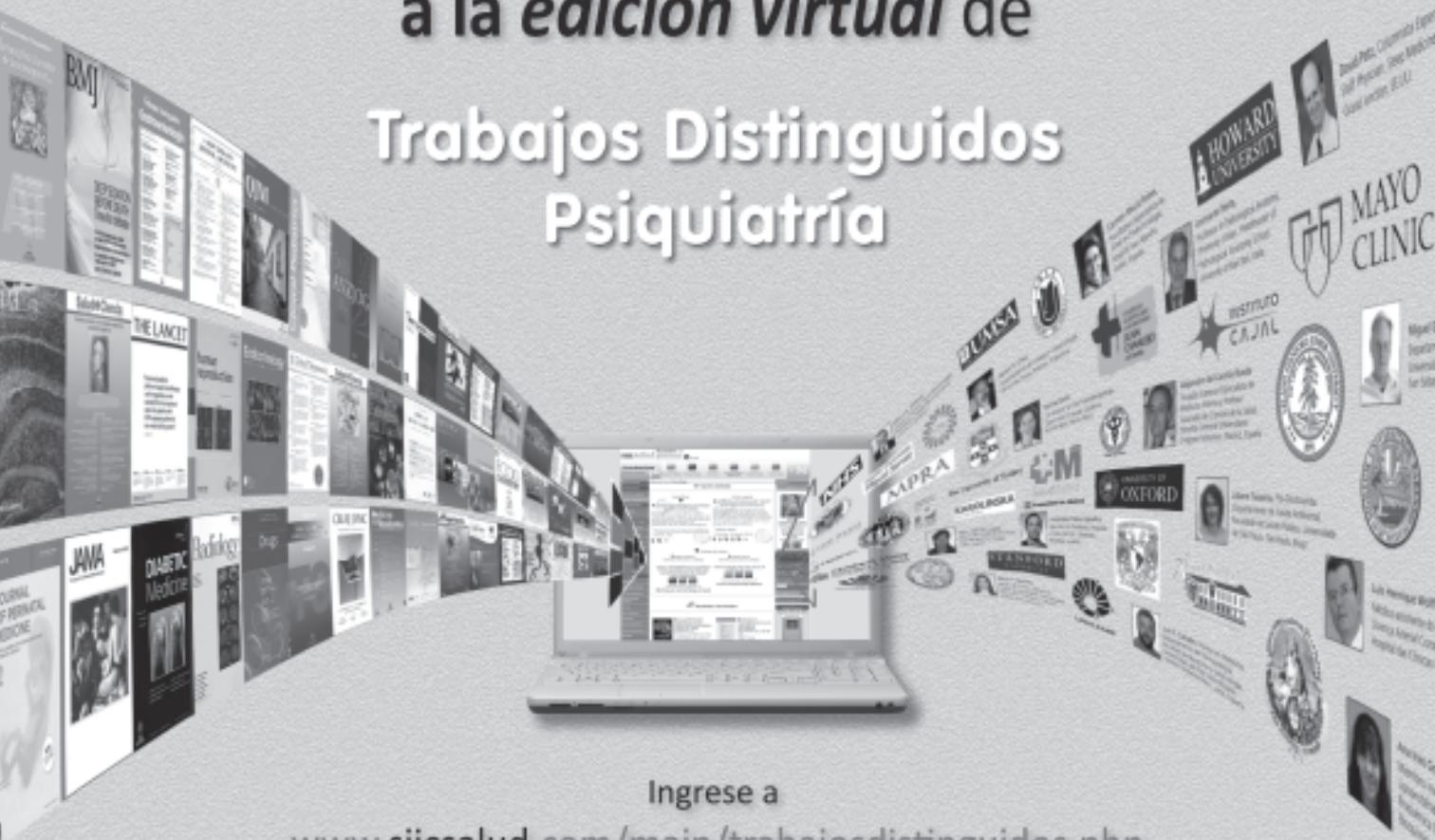
Bibliografía

- 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, Fennig 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 J, 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 S, 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. Symptomatology and cognitive predictors of insight in chronic schizophrenia. *Psychiatry Res* 127(1-2):65-72, 2004.
- Sevy S, Nathanson K, Visweswarajah 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 GJ, 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.

32. 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.
33. 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.
34. Judd LL. Mood disorders in schizophrenia: epidemiology and comorbidity. *J Clin Psychiatry* 16:2-4, 1998.
35. Addington D, Addington J, Patten S. Depression in people with first-episode schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl* 172(33):90-92, 1998.
36. 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.
37. McGlashan TH, Carpenter WT. Post-psychotic depression in schizophrenia. *Arch Gen Psychiat* 33:231-239, 1976.
38. Sands JR, Harrow M. Depression during the longitudinal course of schizophrenia. *Schizophr Bull* 25(1):157-171, 1999.
39. 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.
40. Collins AA, Remington GJ, Coulter K, Birkett K. Insight, neurocognitive function and symptom clusters in chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 27(1):37-44, 1997.
41. 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.
42. 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.
43. Schwartz RC, Petersen S. The relationship between insight and suicidality among patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 187(6):376-378, 1997.
44. 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.
45. 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.
46. 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.
47. 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.
48. 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.
49. Schwartz RC. Insight and suicidality in schizophrenia: a replication study. *J Nerv Ment Dis* 188(4):235-237, 2000.
50. Kim CH, Jayatilake K, Meltzer HY. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophr Res* 60(1):71-80, 2003.
51. Schwartz RC, Smith SD. Suicidality and psychosis: the predictive potential of symptomatology and insight into illness. *J Psychiatr Res* 38(2):185-191, 2004.
52. Schwartz RC. Self-awareness in schizophrenia: its relationship to depressive symptomatology and broad psychiatric impairments. *J Nerv Ment Dis* 189(6):401-403, 2001.
53. Bourgeois M, Swendsen J, Young F, Amador X, Pini S, Cassano GB, Lindenmayer JP, Hsu C, Alphas L, Meltzer HY, InterSePT Study Group. Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: results of the international suicide prevention trial. *Am J Psychiatry* 161(8):1494-1496, 2004.
54. Steblaj A, Tavcar R, Dernovsek MZ. Predictors of suicide in psychiatric hospital. *Acta Psychiatr Scand* 100(5):383-388, 1999.
55. Dickerson FB, Boronow JJ, Ringel N, Parente F. Lack of insight among outpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 48:195-199, 1997.
56. Freudenreich O, Deckersbach T, Goff DC. Insight into current symptoms of schizophrenia. Association with frontal cortical function and affect. *Acta Psychiatr Scand* 110:14-20, 2004.
57. Saravanan B, Jacob KS, Johnson S, Prince M, Bhugra D, David AS. Assessing insight in schizophrenia: East meets West. *Br J Psychiatry* 190:243-247, 2007.
58. Recasens C, Mimic L, Dardennes R, Guelfi JD, Rouillon F. Awareness of illness and self-consciousness in schizophrenia: relationships with anxiety and depression. *Annales Medico-psychologiques* 160(8):589-595, 2002.
59. Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 31(1):75-88, 2003.
60. Moore O, Cassidy E, Carr A, O'Callaghan E. Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *Eur Psychiatry* 14(5):264-269, 1999.
61. Sim K, Mahendran R, Siris SG, Heckers S, Chong SA. Subjective quality of life in first episode schizophrenia spectrum disorders with comorbid depression. *Psychiatry Res* 129(2):141-147, 2004.
62. Peralta V, Cuesta MJ. Validación de la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 22:171-177, 1994.
63. Peña-Casanova J. Programa integrado de exploración neuropsicológica. Barcelona, Masson, 1990.
64. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press (Trad. esp. en Bilbao: Desclee de Brower, 1983), 1979.
65. Spielberger C, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for state-trait anxiety inventory (self-evaluation questionnaire). Palo Alto, California, Consulting Psychologist Press (versión española, TEA 1988, 3ª ed.), 1970.
66. SPSS Inc. SPSS for Windows. Release 13.0. Chicago, 2004.
67. Owens DG, Cunningham, Carroll A, Fattah S, Clyde Z, Coffey I, Johnstone EC. A randomized, controlled trial of a brief interventional package for schizophrenic out-patients. *Acta Psychiatr Scand* 103(5):362-369, 2001.

Amplíe el contenido
del ejemplar impreso.

Acceda
a la *edición virtual* de
Trabajos Distinguidos
Psiquiatría



Ingresa a

www.siicsalud.com/main/trabajosdistinguidos.php

Consulte los números anteriores en

www.trabajosdistinguidos.com

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



Sociedad Iberoamericana
de Información Científica

Trabajos Distinguidos Psiquiatría 1 (2014) 10-18

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

1 - Maduración Funcional en Jóvenes con Riesgo Clínico Elevado: Valor Predictivo de la Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos

Tarbox S, Addington J, Woods S y colaboradores

Yale University School of Medicine, New Haven, EE.UU.; University of Calgary, Calgary, Canadá

[Functional Development in Clinical High Risk Youth: Prediction of Schizophrenia Versus Other Psychotic Disorders]

Psychiatry Research 215(1):52-60, Ene 2014

La disfunción social premórbida puede constituir un marcador de riesgo de esquizofrenia y se correlaciona con las características del cuadro clínico. En consecuencia, la identificación prospectiva de la disfunción social durante la infancia y la adolescencia brinda información de utilidad para el abordaje terapéutico de estos pacientes.

A diferencia de otras psicosis, la esquizofrenia se asocia con un nivel considerable de discapacidad que no mejora en forma significativa con el tratamiento y genera dependencia. Conocer las diferencias sintomáticas tempranas que existen entre la esquizofrenia y otras psicosis permitirá aplicar estrategias terapéuticas específicas. La disfunción social premórbida puede constituir un marcador de riesgo de esquizofrenia y se correlaciona con las características del cuadro clínico. En consecuencia, la identificación prospectiva de la disfunción social durante la infancia y la adolescencia brinda información de utilidad para el abordaje terapéutico de estos pacientes.

Los resultados de estudios prospectivos permiten indicar una asociación entre la disfunción social y la psicosis posterior, con la consiguiente identificación de un grupo de individuos con riesgo clínico elevado o riesgo clínico muy elevado. Tanto la disfunción como los síntomas negativos persistentes son factores predictivos de psicosis en jóvenes con riesgo clínico elevado, más allá de la presencia de otros factores, incluidos los síntomas positivos. En coincidencia, los resultados del *North American Prodrome Longitudinal Study* (NAPLS-1) señalaron la presencia de deterioro funcional en individuos con riesgo clínico elevado, en tanto que en un estudio posterior se informó la asociación entre la adaptación social inadecuada y la aparición de psicosis en jóvenes con riesgo clínico elevado.

El presente estudio se llevó a cabo con el objetivo de evaluar a los jóvenes con riesgo clínico elevado y comparar el valor predictivo de la adaptación social inadecuada durante la niñez y la adolescencia en cuanto a la aparición posterior de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos. Los autores propusieron que la disfunción social premórbida predice un riesgo mayor de transición hacia la esquizofrenia, en comparación con otras psicosis. En segundo lugar se sugirió que la disfunción académica premórbida no predice el diagnóstico de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos. Finalmente, se propuso que la disfunción social premórbida predice la evolución hacia la esquizofrenia más allá del efecto de la disfunción académica.

Pacientes y métodos

Los autores utilizaron la información obtenida en la fase 1 del NAPLS-1, realizado con el fin de evaluar los factores de riesgo de psicosis en forma prospectiva y mejorar la predicción del cuadro clínico. La base de datos NAPLS-1 incluyó la información correspondiente a 860 individuos no psicóticos, 377 de los cuales reunían los criterios para el diagnóstico de un síndrome prodrómico incluidos en la *Structured Interview for Psychosis-risk Syndromes* (SIPS). En el presente análisis sólo se incluyeron los sujetos con riesgo de psicosis al inicio del estudio que habían presentado síntomas psicóticos durante el período de seguimiento de dos años y medio del NAPLS-1. Dichos pacientes debían reunir los criterios para el diagnóstico de un trastorno psicótico incluidos en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), así como en la versión revisada de dicho Manual (DSM-IV-TR). Este diagnóstico se llevó a cabo mediante una entrevista estructurada, como la *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID-I). Finalmente, todos los sujetos incluidos habían sido evaluados durante la fase premórbida mediante la *Premorbid Adjustment Scale* (PAS).

La evaluación de los síntomas y síndromes vinculados con el riesgo de psicosis tuvo lugar mediante la SIPS y la *Scale of Prodromal Symptoms* (SOPS) incluida en la SIPS al inicio del estudio, y cada seis meses hasta la aparición de psicosis o los 30 meses de seguimiento. La comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos fue evaluada mediante la SCID-I o la *Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-Aged Children* (K-SADS). Para valorar la adaptación premórbida se aplicó la PAS. En el presente análisis se tuvieron en cuenta los resultados en dicha escala correspondientes a la adaptación social y académica



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

inadecuada durante la infancia y la adolescencia. Ante la posibilidad de transición hacia la psicosis se aplicaron la SOPS y la SCID-I con el fin de definir el diagnóstico.

Resultados

La población evaluada en el presente análisis estuvo integrada por 54 individuos. Todos evolucionaron hacia la psicosis durante el período de seguimiento. Los diagnósticos hallados fueron esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar tipo I con síntomas psicóticos, trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos, trastorno delirante, psicosis breve y psicosis no especificada. A los fines prácticos, los autores dividieron los pacientes según la presencia de esquizofrenia ($n = 28$) y otras psicosis ($n = 26$). Los grupos no difirieron significativamente en términos demográficos y en cuanto a la comorbilidad con otros trastornos. La evaluación del nivel de adaptación premórbida durante la adolescencia tardía indicó un nivel superior de adaptación social inadecuada entre los hombres en comparación con las mujeres. La adaptación académica inadecuada durante la adolescencia se asoció con la cantidad menor de años de educación al inicio del estudio.

La asociación entre la adaptación social inadecuada y la aparición posterior de un cuadro psicótico fue evaluada mediante un análisis de regresión univariada. Los resultados indicaron una tendencia de correlación entre la adaptación social inadecuada durante la adolescencia tardía y el diagnóstico posterior de esquizofrenia. No obstante, dicha asociación no fue significativa al tener en cuenta comparaciones múltiples. Además, no se halló relación alguna entre la adaptación social inadecuada durante la infancia temprana y la adolescencia y un diagnóstico determinado. La realización de un análisis de regresión multivariada indicó que la adaptación social inadecuada durante la adolescencia tardía se asoció con una probabilidad cuádruple de recibir el diagnóstico de esquizofrenia en comparación con otros trastornos psicóticos. Dicho hallazgo tuvo lugar más allá de los efectos de la adaptación social inadecuada durante la infancia y la adolescencia temprana.

El análisis de regresión logística univariada no arrojó una asociación entre la adaptación académica premórbida inadecuada y el diagnóstico de psicosis. Asimismo, el análisis de regresión logística multivariada indicó la ausencia de correlaciones entre la adaptación académica durante la infancia y la adolescencia y la probabilidad de recibir el diagnóstico de esquizofrenia u otras psicosis. Por último, la adaptación social inadecuada durante la adolescencia tardía predijo un riesgo significativamente superior de recibir el diagnóstico de esquizofrenia en comparación con otros trastornos psicóticos. Dicho efecto tuvo lugar más allá de los efectos de la disfunción académica.

Discusión

Los resultados obtenidos permiten indicar que la adaptación social inadecuada durante la adolescencia

tardía se asocia con un riesgo cuádruple de recibir el diagnóstico de esquizofrenia en comparación con el diagnóstico de otras psicosis. Este hallazgo tuvo lugar de manera independiente de la adaptación social inadecuada durante la infancia y la adolescencia temprana. En cambio, la adaptación académica inadecuada no predijo el diagnóstico posterior. Finalmente, la adaptación social inadecuada durante la adolescencia tardía predijo un riesgo significativamente mayor de transición hacia la esquizofrenia, en comparación con otras psicosis, sin importar el desempeño académico de los pacientes.

En coincidencia con la hipótesis planteada por los autores, los jóvenes con riesgo clínico elevado que evolucionan hacia la psicosis y presentan un nivel inadecuado de adaptación social durante la adolescencia tardía tienen una probabilidad superior de padecer esquizofrenia, en comparación con otros tipos de psicosis. En cambio, los pacientes sin disfunción social mayor durante la adolescencia tardía, en comparación con la adolescencia temprana presentaron una probabilidad superior de evolucionar hacia otros tipos de psicosis. En segundo lugar, la adaptación académica premórbida inadecuada no influyó en forma diferencial sobre el riesgo de padecer esquizofrenia u otras psicosis. Los efectos de la disfunción social durante la adolescencia tardía tuvieron lugar aun al considerar la disfunción académica.

Los resultados obtenidos coinciden con lo hallado en otros estudios. Puede indicarse que los jóvenes con un nivel elevado de riesgo clínico de padecer psicosis presentan disfunción social y académica. No obstante, la disfunción social predice en mayor medida la evolución hacia la esquizofrenia en comparación con la disfunción académica. Asimismo, la disfunción social se asoció en forma más sistemática con la aparición posterior de esquizofrenia en comparación con la aparición de otros tipos de psicosis. Debe tenerse en cuenta que la disfunción social no predice la aparición de esquizofrenia en forma aislada sino que contribuye con el aumento del riesgo de esquizofrenia.

Es posible señalar que la disfunción social premórbida predice la aparición de esquizofrenia en jóvenes con riesgo clínico elevado en forma independiente de otros factores y constituye un correlato temprano de la enfermedad. Además, la disfunción social reflejaría las diferencias fisiopatológicas entre la esquizofrenia y otras psicosis. Tanto la disfunción social como los síntomas negativos son factores importantes vinculados con la fisiopatología de la esquizofrenia. Además, la adolescencia es un período de vulnerabilidad para padecer psicosis. Es importante considerar la disfunción social en jóvenes con riesgo clínico elevado de psicosis como un blanco terapéutico potencial.

Entre las limitaciones del presente estudio los autores mencionan la inclusión de una cantidad limitada de participantes. En segundo lugar, el grupo de pacientes sin esquizofrenia fue heterogéneo desde el punto de vista clínico. De todos modos, los autores concluyen que el deterioro de la función social premórbida desde la adolescencia temprana hasta la adolescencia

tardía predice la evolución hacia la esquizofrenia en mayor medida en comparación con la evolución hacia otras psicosis en jóvenes con riesgo clínico elevado de psicosis. Dicho efecto tiene lugar más allá de la disfunción académica. En cambio, la disfunción académica no se relaciona con un riesgo mayor de esquizofrenia, en comparación con otras psicosis. Puede señalarse que la disfunción social premórbida es un factor pronóstico sensible respecto de la aparición posterior de esquizofrenia.



Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resic.php/141890

2 - Empleo de Pregabalina para el Tratamiento Agudo de los Pacientes con Depresión Ansiosa: Estudio de Casos Clínicos

Anderson C, Duncan G, Quante A

Charité Campus Benjamin Franklin, Berlín, Alemania

[Pregabalin in Acute Treatment of Anxious Depression: A Case Series]

Psychiatry Research 215(1):246-248, Ene 2014

La pregabalina es un análogo del ácido gamma aminobutírico cuya administración disminuyó el nivel de ansiedad en pacientes con trastorno depresivo mayor. A diferencia de las benzodiazepinas, esta droga no provoca trastornos cognitivos ni psicomotores, entre otras ventajas.

De acuerdo con lo estimado, el 58% de los pacientes con depresión mayor presenta un trastorno de ansiedad comórbido. De todos modos, muchos sujetos con depresión tienen síntomas de ansiedad aunque no reúnen los criterios para el diagnóstico de un trastorno de ansiedad definido. Dichos cuadros se definen en la práctica clínica como depresión ansiosa y requieren un abordaje terapéutico particular. La comorbilidad entre la depresión y la ansiedad afecta el resultado del tratamiento antidepresivo en forma negativa y aumenta el riesgo de cronicidad, además de asociarse con síntomas más graves y con un aumento del riesgo de suicidio.

El tratamiento de los pacientes que presentan comorbilidad entre la depresión y la ansiedad generalmente incluye la administración de un antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) o un inhibidor de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRNS) y una benzodiazepina. Mientras que el efecto de los antidepresivos demora entre dos y cuatro semanas en manifestarse, las benzodiazepinas tienen una acción ansiolítica más inmediata. No obstante, el tratamiento con benzodiazepinas tiene desventajas, como la alteración del desempeño cognitivo y motor y el riesgo de dependencia. Además, la administración

de benzodiazepinas a largo plazo puede empeorar el cuadro de depresión mayor.

La pregabalina es un análogo del ácido gamma aminobutírico (GABA) con efecto ansiolítico agudo y beneficios terapéuticos a largo plazo en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. Si bien la pregabalina tiene una eficacia similar frente a las benzodiazepinas, su administración no se asocia con trastornos cognitivos y psicomotores. Además, el riesgo de dependencia ante la administración de pregabalina es menor, en comparación con lo observado al administrar benzodiazepinas. La pregabalina no tiene interacciones farmacológicas significativas y su combinación con los antidepresivos puede resultar adecuada en presencia de depresión en comorbilidad con ansiedad y agitación. De hecho, en diferentes estudios se informó la utilidad de la pregabalina para el tratamiento de los pacientes con depresión que no responden en forma adecuada al tratamiento antidepresivo.

El presente estudio retrospectivo se llevó a cabo con el objetivo de evaluar el empleo de pregabalina en pacientes con depresión mayor unipolar en comorbilidad con agitación y ansiedad.

Pacientes y métodos

Los autores analizaron los casos clínicos correspondientes a siete pacientes internados en un servicio de psiquiatría que presentaban depresión mayor unipolar y síntomas de agitación y ansiedad psíquica y somática. Todos recibieron pregabalina en combinación con el tratamiento antidepresivo. Los pacientes fueron evaluados en forma sistemática durante un período de seis semanas con el fin de conocer el nivel de depresión y ansiedad. La gravedad sintomática fue evaluada mediante la *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HAMA) y la *17-item Hamilton Depression Rating Scale* (HAMD). Además se evaluaron las características demográficas de los pacientes, la dosis máxima de pregabalina y el empleo de otros psicofármacos.

Resultados

El tratamiento con pregabalina se asoció con una disminución significativa del puntaje en la HAMA y en la HAMD desde la primera semana de administración. El análisis efectuado luego de las seis semanas de tratamiento indicó una disminución mayor del 50% del puntaje de la HAMA en la mitad de los pacientes. Dicha disminución resultó significativa y superior en comparación con la disminución en el puntaje de la HAMD, aunque este último también mejoró durante el estudio. De hecho, dos de los pacientes presentaron una disminución del 50% en el puntaje de la HAMD, en tanto que el análisis de varianza llevado a cabo indicó una reducción significativa durante el estudio. La dosis efectiva de pregabalina osciló entre 150 y 450 mg/día. Con excepción de un paciente que refirió mareos al recibir 150 mg/día de pregabalina, no se observaron efectos adversos vinculados con la administración de la droga. Ningún paciente requirió tratamiento con benzodiazepinas al finalizar el período de estudio.



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

Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos, la mayoría de los pacientes tratados con pregabalina presentaron una disminución del nivel de ansiedad durante la primera semana de estudio. Esto se asoció con una disminución de los síntomas a medida que transcurrió la investigación y coincidió con la mejora de los síntomas de depresión. Es posible que la disminución de los síntomas depresivos se vincule con el efecto del tratamiento antidepresivo. Los autores sugieren que la pregabalina es una droga efectiva para disminuir el nivel de ansiedad en pacientes con depresión y que dicho efecto es comparable frente a lo observado ante la administración de benzodiazepinas. De hecho, la pregabalina tuvo un efecto ansiolítico de inicio rápido. En algunos casos, la mejora de los síntomas depresivos dejó al descubierto la presencia de trastornos de ansiedad comórbidos. En coincidencia, se informó que la comorbilidad de la depresión con los trastornos de ansiedad tiene una frecuencia del 40% al 50%. En estos casos es importante planificar una estrategia terapéutica psicossocial.

Entre las limitaciones del presente estudio los autores destacan que la población de pacientes fue escasa y heterogénea. Además, no es posible inferir una relación causal entre el tratamiento con pregabalina y la mejoría sintomática. Es necesario contar con estudios adicionales, controlados con placebo, que permitan corroborar la utilidad de la pregabalina para el tratamiento de los pacientes con depresión mayor en comorbilidad con síntomas de ansiedad. Dicha confirmación permitirá recomendar la administración de pregabalina en lugar del empleo de benzodiazepinas, con el consiguiente beneficio en términos de seguridad y tolerabilidad del tratamiento.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/141895

3 - Duloxetina y Pregabalina para el Abordaje del Dolor en Pacientes con Enfermedades Reumáticas Múltiples Asociadas con Fibromialgia

Angeletti C, Guetti C, Varrassi G y colaboradores

University of L'Aquila, L'Aquila, Italia

[Duloxetine and Pregabalin for Pain Management in Multiple Rheumatic Diseases Associated with Fibromyalgia]

Pain Practice 13(8):657-662, Nov 2013

Los pacientes con dolor provocado por enfermedades reumáticas como la fibromialgia generalmente requieren tratamiento con más de una droga. La combinación de la pregabalina con la duloxetina resulta razonable en dichos casos ya que los mecanismos de acción de ambos fármacos son complementarios.

El síndrome de Cogan es una enfermedad autoinmune infrecuente caracterizada por queratitis intersticial ocular y síntomas auditivos y vestibulares

bilaterales. Dichos síntomas se acompañan por manifestaciones sistémicas, principalmente cefaleas, artralgia, fiebre, artritis y mialgia. La mayoría de los pacientes presentan formas atípicas del síndrome de Cogan caracterizadas por manifestaciones sistémicas como aortitis, enfermedad coronaria, escleritis, uveítis y nefritis tubulointersticial. En este caso pueden observarse entidades comórbidas, como la artritis reumatoidea, el síndrome de Sjögren, la sarcoidosis y la granulomatosis de Wegner.

La fibromialgia es una entidad compleja presente en aproximadamente el 1% al 3% de la población general y caracterizada por dolor muscular generalizado acompañado por síntomas como fatiga, ansiedad, depresión, trastornos del sueño y cefaleas. En muchos casos se observa la comorbilidad entre la fibromialgia y otras enfermedades reumáticas. De acuerdo con la información obtenida en estudios clínicos, la duloxetina y la pregabalina resultan eficaces y bien toleradas para el tratamiento de los síntomas físicos dolorosos asociados con diferentes entidades crónicas.

En el presente trabajo se evaluó el caso de una paciente con fibromialgia en comorbilidad con una forma atípica del síndrome de Cogan que presentaba espondiloartritis psoriásica seronegativa asociada con enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) y respondió en forma adecuada al tratamiento con duloxetina y pregabalina.

Caso clínico

Se describe el caso de una paciente de 46 años con antecedente de espondiloartritis psoriásica de cadera, EMTC y síndrome de Cogan atípico con compromiso ocular, auditivo vestibular y cardíaco. La evaluación por parte de especialistas en reumatología arrojó el diagnóstico de fibromialgia en comorbilidad con el cuadro descrito. La paciente presentaba dolor crónico generalizado, fatiga incapacitante, ánimo depresivo, anhedonia y ansiedad asociados con una disminución significativa del funcionamiento cotidiano, laboral y social. Además, se observó enlentecimiento psicomotor y trastornos graves del sueño que empeoraban aun más su calidad de vida.

La paciente refirió haber recibido tratamiento ambulatorio con una infusión de infliximab, un anticuerpo monoclonal dirigido contra el factor de necrosis tumoral (TNF) alfa, combinado con prednisona por vía intravenosa. La anamnesis reveló que el dolor era continuo, quemante, en ocasiones grave y exacerbado por la actividad física. Al examen físico se observó sensibilidad musculoesquelética y dolor en diferentes puntos. El nivel de dolor en una escala numérica fue definido mediante un puntaje de 8 a 10. La aplicación de la versión en italiano del *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ-I) arrojó un puntaje de 58, en tanto que el resultado del *36-item Short-Form Health Survey* fue de 20.1 puntos para el componente físico y de 26.5 puntos para el componente mental. La paciente también refirió dolor bilateral y simétrico generalizado en los cuatro miembros. La evaluación mediante acupresión indicó la presencia de 18 puntos sensibles.

Con el fin de lograr una disminución del dolor, la paciente recibía tratamiento con tramadol 60 mg/día y codeína combinada con paracetamol en dosis de 60 y 1 000 mg/día, respectivamente. Dicho tratamiento no fue útil para aliviar el dolor. La paciente refirió el antecedente de tratamiento con antiinflamatorios no esteroides. Luego de la primera evaluación se suspendió el tratamiento con codeína y paracetamol y se realizaron análisis de laboratorio. La dosis de tramadol fue incrementada hasta llegar a 100 mg/día, en tanto que se inició el tratamiento con 75 mg/día de pregabalina administrados por la noche y, dos días después, duloxetina 60 mg/día.

Una vez transcurridos 12 días de tratamiento la paciente aún presentaba depresión moderada. No obstante, se verificó un alivio del dolor y una disminución de la sensibilidad en los puntos de interés. Esto se acompañó por una disminución del nivel de fatiga y un aumento de la energía y de la cantidad y calidad del sueño nocturno. Además, la paciente presentó una regulación del ciclo sueño-vigilia y refirió satisfacción con los resultados del tratamiento. No se observó un aumento de la tensión arterial. Con el fin de evitar la aparición de un síndrome serotoninérgico, los profesionales interrumpieron la administración de tramadol.

En consecuencia, el tratamiento que recibió la paciente incluyó el empleo de 60 mg/día de duloxetina y 150 mg/día de pregabalina. También se permitió el empleo de paracetamol como fármaco de rescate.

Luego de ocho semanas de tratamiento se verificó una mejoría del puntaje del SF-36 y el FIQ-I. El dolor fue moderado y se acompañó por limitaciones leves del desempeño laboral y social. Una vez transcurridas 18 semanas de tratamiento, la paciente refirió una disminución significativa del dolor y presentó una reducción de la intensidad de la sensibilidad en los puntos de interés, sin limitaciones en su desempeño. Esto se acompañó por un alivio notorio de la fatiga y el nivel de energía y por la obtención de un resultado aún más favorable ante la aplicación del FIQ-I y el SF-36. El tratamiento no provocó efectos adversos significativos.

Dada la mejora del cuadro clínico y la preferencia de la paciente, el tratamiento farmacológico fue discontinuado en forma gradual.

Discusión

Hasta el momento no se cuenta con información suficiente sobre el papel de los factores centrales y periféricos y de las vías ascendentes y descendentes implicadas en la aparición de síndromes de sensibilidad central como la fibromialgia. Algunos autores consideran que la nocicepción periférica es importante al respecto. También se informó que el inicio de los cuadros de sensibilización central tiene lugar mediante mecanismos de sumatoria temporal, potenciación de largo plazo, inhibición descendente disfuncional y activación de vías descendentes facilitadoras del dolor. La desregulación autonómica también contribuye con la aparición de síntomas físicos y psicológicos en pacientes con fibromialgia. Además, los traumas

emocionales y los sucesos estresantes podrían ser desencadenantes de la fibromialgia. Aproximadamente el 75% de los pacientes con fibromialgia presentan trastornos del sueño. Además, el dolor, la depresión y la fatiga contribuyen a la discapacidad provocada por la enfermedad. La depresión es una consecuencia de diferentes entidades asociadas con dolor crónico y tiene una prevalencia del 86% en presencia de fibromialgia.

La pregabalina se encuentra aprobada para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada, dolor neuropático y fibromialgia. Se une a la subunidad alfa 2 delta de los canales de calcio dependientes del voltaje, disminuye el ingreso de calcio al terminal sináptico y, en consecuencia, reduce la liberación de neurotransmisores excitatorios en la médula espinal. Además, la pregabalina activaría el sistema noradrenérgico descendente de inhibición del dolor. En cuanto a la fibromialgia, la droga actúa sobre la amplificación del impulso nociceptivo, uno de los problemas vinculados con la enfermedad. El tratamiento de los pacientes con fibromialgia debe tener lugar mediante la administración de 300 a 450 mg/día de pregabalina divididos en dos tomas. Sin embargo, algunos médicos prefieren comenzar con dosis menores. Entre las ventajas de la droga se destaca su efecto favorable sobre el sueño y la ansiedad. En general, los eventos adversos asociados con el tratamiento con pregabalina como los edemas, los mareos y el aumento ponderal son autolimitados.

La duloxetina se encuentra aprobada para el tratamiento de los pacientes con depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada y cuadros crónicos asociados con dolor como la fibromialgia, neuropatía diabética y dolor musculoesquelético crónico, como la osteoartritis y dolor lumbar. Su mecanismo de acción consiste en la inhibición de la recaptación de noradrenalina y serotonina y resulta en la mejora del control inhibitorio descendente del dolor. Según lo informado, el 70% del efecto de la duloxetina sobre el dolor se vincula con su acción analgésica, en tanto que los efectos de la acción antidepresiva son menores. En consecuencia, su utilidad es notoria en pacientes con fibromialgia asociada con depresión y ansiedad. Se recomienda administrar una dosis de 60 a 120 mg/día en una sola toma.

La fibromialgia generalmente no mejora en forma significativa ante la administración de analgésicos clásicos. La fisiopatología de la enfermedad coincide con la utilidad del tratamiento combinado con diferentes drogas que actúen en forma sinérgica o aditiva. Por ejemplo, la pregabalina inhibe la señalización nociceptiva descendente. Su combinación con la duloxetina resulta adecuada, ya que esta última activa la modulación descendente del dolor gracias a un mecanismo de acción diferente. La combinación de ambas drogas puede resultar especialmente beneficiosa para disminuir el dolor y otros síntomas en pacientes con enfermedades reumáticas asociadas con la fibromialgia que reciben tratamiento con anticuerpos contra el TNF-alfa durante períodos breves.

El tratamiento del dolor observado en pacientes con

fibromialgia no resulta apropiado ante la administración de drogas de acción periférica. En cambio, el empleo de agentes con un mecanismo de acción central es más beneficioso. La combinación de fármacos debe ser fundamentada y adecuarse a las características y necesidades de cada paciente. En este sentido es importante considerar la comorbilidad entre la fibromialgia y otras enfermedades reumáticas crónicas.

Ante la aparición de síntomas característicos de la fibromialgia en pacientes con una enfermedad reumática es fundamental no asumir que se trata de una exacerbación del cuadro clínico preexistente. Esto podría resultar en el aumento de la dosis de corticoides y otras drogas que no aliviarán los síntomas y puede generar un riesgo para los pacientes. La combinación de fármacos es una opción apropiada para disminuir el dolor y mejorar la calidad de vida de estos enfermos. De todos modos, es necesario contar con estudios adicionales con el fin de conocer la dosis efectiva mínima de pregabalina y duloxetina a administrar a los pacientes con fibromialgia.



Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/resiic.php/141900

4 - La Utilidad del IFS (*INECO Frontal Screening*) para la Detección de la Disfunción Ejecutiva en Adultos con Trastorno Bipolar y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Báez S, Ibáñez A, Torralva T y colaboradores

Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina

[The Utility of IFS (*INECO Frontal Screening*) for the Detection of Executive Dysfunction in Adults with Bipolar Disorder and ADHD]

Psychiatry Research 216(2):269-276, May 2014

El IFS (INECO Frontal Screening) parece ser un instrumento sólido, breve y fácil de administrar para la evaluación de la función ejecutiva en los adultos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno bipolar.

Las funciones ejecutivas se refieren a las capacidades involucradas en la formulación de metas, planes y en el modo de llevarlos a cabo eficazmente y se encuentran alteradas en diversos trastornos psiquiátricos como el trastorno bipolar (TB) y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en los adultos. Tanto el TB como el TDAH comparten síntomas clínicos, con altas tasas de comorbilidad, presentan alteraciones en las regiones cerebrales relacionadas con las tareas de funciones ejecutivas (corteza prefrontal dorsolateral y corteza anterior del cíngulo) y son difíciles de diferenciar entre sí clínicamente. Es probable que las anomalías en los circuitos de la corteza prefrontal se reflejen en alteraciones en las funciones ejecutivas en ambos trastornos.

Las personas con TB tienen deficiencias, principalmente en la capacidad de abstracción, la inhibición de las respuestas y la capacidad para cambiar

de criterio, así como en la memoria de trabajo y la fluidez verbal, las cuales se producen no sólo durante los episodios de cambio de estado de ánimo, sino también durante los períodos de eutimia. Los estudios neuropsicológicos demostraron que los adultos con TDAH tienen deficiencias en una amplia gama de funciones ejecutivas, como la planificación, la memoria de trabajo, los cambios de criterio, la flexibilidad cognitiva y la inhibición de las respuestas. La detección de las disfunciones ejecutivas generalmente requiere la realización de una batería de test realizados por neuropsicólogos entrenados. Por ello, es necesario contar con herramientas eficaces, fáciles y rápidas de administrar, con alta sensibilidad y especificidad.

Si bien se cuenta con diversos instrumentos para la pesquisa cognitiva, pocos se diseñaron para evaluar específicamente las funciones ejecutivas. El grupo de trabajo de los autores creó una herramienta dirigida a detectar la disfunción ejecutiva denominada *INECO Frontal Screening (IFS)*, que es una prueba de breve duración (aproximadamente 10 minutos) y fácil de administrar, que permite identificar las alteraciones frontales en los ámbitos clínicos diarios e, inclusive, junto a la cama del enfermo. Esta herramienta demostró ser útil para diferenciar las personas normales de aquellas con demencia y, entre estas últimas, permite distinguir entre demencia frontotemporal y enfermedad de Alzheimer. Los autores postulan que dado que el test IFS permite detectar las alteraciones ejecutivas de las poblaciones con compromiso de la corteza prefrontal, puede ser útil en los pacientes psiquiátricos, como aquellos con TB y TDAH.

El objetivo de esta investigación fue evaluar la utilidad clínica del IFS para identificar la disfunción ejecutiva de los adultos con TB y TDAH. Los autores postularon que el IFS puede tener alta sensibilidad y especificidad para la detección de las deficiencias ejecutivas en el TB y el TDAH, y que el puntaje total del IFS podría diferenciar mejor que otras medidas de funciones ejecutivas entre las personas sanas y aquellas con TB y TDAH.

Métodos

En total, a 74 participantes (TB: n = 24; TDAH: n = 25; controles: n = 25) se les realizaron evaluaciones clínicas minuciosas y una evaluación completa de las funciones ejecutivas. Los pacientes con TB y TDAH se seleccionaron de la población ambulatoria atendida en el *Institute of Cognitive Neurology (INECO)*. Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años, con diagnóstico de TB tipo I-II o con TDAH según los criterios del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*, con la utilización de la *Structured Clinical Interview* para el DSM-IV (SCID-I). Los pacientes con TB no tenían comorbilidad con TDAH y viceversa. Once personas (45.8%) tuvieron diagnóstico de TB tipo I y 13 (54.1%) de TB tipo II; todas se encontraban en estado eutímico y sin cambios en el tipo o la dosis de medicación en los últimos cuatro meses.

El diagnóstico de TDAH se realizó por tres expertos en forma independiente y, además de la evaluación clínica y la SCID-I, los participantes completaron la

escala de puntuación del TDAH para adultos, que permite determinar un perfil de síntomas a partir de los puntajes de desatención e hiperactividad/impulsividad. Diecinueve pacientes con TB (79%) se encontraban bajo tratamiento con estabilizadores del estado de ánimo, 10 (42%) recibían inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y 8 (33%) estaban tratados con benzodiazepinas, solas o en combinación. Entre las personas con TDAH, 13 (52%) recibieron metilfenidato, 2 (8%) atomoxetina y 2 (8%) benzodiazepinas, solos o en combinación. Ocho participantes (32%) no recibían medicación alguna. Se reclutaron 25 controles sanos concordantes en sexo, edad, lateralidad y años de educación, de un gran grupo de voluntarios sin antecedentes de abuso de drogas o antecedentes personales o familiares de trastornos neurodegenerativos o psiquiátricos.

Dado que la ansiedad y la depresión son factores que pueden afectar las funciones ejecutivas, todos los participantes completaron una serie de cuestionarios psiquiátricos para establecer un perfil de síntomas clínicos psiquiátricos. Para la evaluación de la depresión se utilizó el *Beck Depression Inventory-II* y para la ansiedad, el *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI). A todos los participantes se los evaluó con el IFS y diversas medidas de funciones ejecutivas. Las escalas clínicas y sintomáticas se administraron por dos psiquiatras expertos y los test de funciones ejecutivas, inclusive el IFS, por dos neuropsicólogos entrenados. El IFS consta de ocho subescalas: series motoras, instrucciones conflictivas, control inhibitorio motor, dígitos atrás, memoria de trabajo verbal, memoria de trabajo espacial, interpretación de refranes (capacidad de abstracción) y test de Hayling (control inhibitorio verbal).

Inicialmente, se determinó la sensibilidad y especificidad del IFS para diferenciar entre controles sanos y los pacientes con TB o TDAH mediante la curva ROC de eficacia diagnóstica. Se calcularon los *likelihood ratios*. Por último, se realizaron análisis de función discriminativa multigrupo (MDA) para evaluar la capacidad del IFS, en comparación con las medidas ejecutivas clásicas, para diferenciar entre los controles sanos y los pacientes con TB o TDAH.

Resultados

No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad o los años de educación formal entre los grupos. Los grupos de pacientes con TB y TDAH presentaron puntajes superiores en el STAI en comparación con los controles. Respecto de los controles, las personas con TB presentaron niveles más altos de ansiedad, y aquellas con TDAH, puntajes más elevados de ansiedad y depresión.

Tanto los pacientes con TB como los que presentaban TDAH tuvieron peores rendimientos en el IFS en el puntaje total, en comparación con el grupo control, mientras que no difirieron significativamente entre sí. Las personas con TDAH tuvieron peores puntajes, de modo significativo, en las subescalas dígitos atrás, memoria de trabajo verbal y espacial, capacidad de abstracción en comparación con los controles, mientras

que aquellas con TB difirieron significativamente de los controles en la subescala memoria de trabajo espacial.

Cuando se utilizaron otras medidas de funciones ejecutivas, las diferencias entre los grupos se encontraron principalmente en las medidas de memoria de trabajo y la fluidez fonológica verbal, con peores rendimientos en los pacientes con TB y TDAH en comparación con los controles. Si bien ambos grupos de sujetos tuvieron dificultades en la memoria de trabajo, aquellos con TDAH tuvieron un peor rendimiento en un mayor número de medidas.

El análisis de la curva ROC entre los individuos con TB y los controles generó un valor de corte de 27.5 puntos, con una sensibilidad del 87.5% y una especificidad del 68%; el área bajo la curva ROC fue de 0.82 (intervalo de confianza: 0.70 a 0.93; $p < 0.01$). De forma similar, cuando se comparó el grupo de pacientes con TDAH con los controles, el valor de corte de 27.5 puntos demostró una sensibilidad del 80% y una especificidad del 68%; el área bajo la curva ROC fue de 0.79 (intervalo de confianza: 0.66 a 0.91; $p < 0.01$). En suma, el IFS mostró una sensibilidad y especificidad adecuadas para detectar alteraciones ejecutivas en las personas con TB y TDAH. El área bajo la curva ROC mostró que el IFS tuvo una buena capacidad discriminativa para las deficiencias en las funciones ejecutivas en ambos grupos de pacientes.

En el MDA se encontró que el IFS diferenció entre los controles y los pacientes con TP y TDAH con mayor exactitud que otras medidas de función ejecutiva, seguido por la fluidez fonológica.

Discusión y conclusión

Comentan los autores que los resultados de su investigación demostraron que el IFS tuvo una buena sensibilidad y aceptable especificidad para la detección de las disfunciones ejecutivas en los pacientes con TB y TDAH. Esta herramienta de pesquisa mostró una buena precisión de predicción para diferenciar los controles sanos de las personas con TB y TDAH en comparación con otras medidas de funciones ejecutivas. Estos datos indican que el IFS es un instrumento útil para evaluar las funciones ejecutivas en los adultos con TDAH y TB. Los autores consideran que el IFS parece ser el primer test de pesquisa que probó ser útil en la valoración de las funciones ejecutivas de los adultos con TB y TDAH y su adecuada sensibilidad, especificidad y capacidad discriminativa lo convierten en apropiado en los ámbitos clínicos y de investigación, cuando el tiempo disponible para las evaluaciones es limitado. Los resultados avalan el uso del IFS no sólo en los pacientes con enfermedades degenerativas frontales sino también en aquellos con trastornos psiquiátricos en los cuales las alteraciones del lóbulo frontal son menos pronunciadas y sistemáticas.

En conclusión, los pacientes con TB y TDAH tuvieron un peor rendimiento en el puntaje total del IFS en comparación con los controles, así como en la subescala de memoria de trabajo espacial; además, en aquellos con TDAH los resultados fueron peores en la memoria de trabajo verbal y la capacidad de abstracción. Con

respecto a las otras medidas de funciones ejecutivas, ambos grupos de pacientes mostraron deficiencias en la fluidez fonológica y en la memoria de trabajo, en comparación con el grupo control. El IFS parece ser un instrumento sólido, breve y fácil de administrar para la evaluación de las funciones ejecutivas en los adultos con TDAH y TB.

 Información adicional en www.siicSalud.com/dato/resiic.php/142918

5 - Coexistencia de Comorbilidades Médicas y Depresión: Efectos Multiplicativos sobre la Salud de los Adultos Mayores

Ho C, Feng L, Ng T y colaboradores

National University of Singapore, Singapur, Singapur

[*Coexisting Medical Comorbidity and Depression: Multiplicative Effects on Health Outcomes in Older Adults*]

International Psychogeriatrics 26(7):1221-1229, Jul 2014

La comorbilidad entre las enfermedades médicas crónicas y la depresión es frecuente en pacientes ancianos y afecta en forma notoria tanto la calidad de vida como el desempeño cotidiano. En consecuencia, es importante diagnosticar y tratar ambos cuadros clínicos en forma oportuna.

Según lo estimado, la mayoría de los individuos mayores de 65 años presentan al menos una enfermedad física crónica, como la enfermedad cerebrovascular, las cardiopatías y la artritis. Estos cuadros tienen un nivel considerable de comorbilidad con los trastornos mentales y su cronicidad resulta en un deterioro del funcionamiento físico y de la calidad de vida. La depresión también es frecuente entre los ancianos y constituye una de las causas principales de discapacidad, morbilidad y utilización de los servicios de salud. De hecho, la gravedad de la depresión se asocia en forma inversa con la calidad de vida relacionada con la salud, en tanto que el tratamiento antidepressivo efectivo mejora el desempeño de los pacientes.

Hasta el momento no se cuenta con información precisa sobre las consecuencias de la comorbilidad entre las enfermedades físicas y los trastornos mentales sobre el bienestar funcional y la calidad de vida de los ancianos. Mientras que algunos autores consideran que los efectos negativos de ambos tipos de afección son aditivos, en otros estudios se sugiere que las consecuencias no son aditivas sino que resultan de la interacción entre las enfermedades.

El presente estudio se llevó a cabo con pacientes ancianos con el objetivo de evaluar si la presencia de depresión en comorbilidad con enfermedades físicas se asocia con un deterioro funcional o de la calidad de vida. Además, los autores evaluaron si la presencia de ambas entidades se asocia en forma multiplicativa para afectar la calidad de vida y el desempeño de los pacientes.

Pacientes y métodos

Los autores emplearon la información correspondiente a una cohorte de individuos mayores de 55 años evaluados durante un período de seguimiento de dos años. Todos los participantes fueron evaluados con el fin de recabar información sociodemográfica y socioeconómica. Además, se valoró la presencia de enfermedades físicas crónicas mediante un cuestionario específico aplicado por personal entrenado. Las comorbilidades se definieron ante la presencia simultánea de dos o más enfermedades físicas.

Para evaluar la depresión se aplicó la *Geriatric Depression Scale* (GDS). El desempeño cognitivo fue valorado mediante la *Mini-Mental State Examination* (MMSE). El deterioro cognitivo se definió ante la obtención de un puntaje menor o igual a 23. La disfunción, la calidad de vida y las internaciones fueron evaluadas al inicio del estudio y durante el período de seguimiento. El desempeño físico se valoró según el nivel de dependencia de los participantes a la hora de realizar las actividades cotidianas básicas e instrumentales.

La discapacidad funcional fue definida ante la necesidad de contar con asistencia para realizar al menos una tarea. Para evaluar la calidad de vida se aplicó el *Medical Outcomes Study 12-item Short Form* (SF-12). Esta herramienta incluye dos subescalas, el *Mental Component Summary* (MCS) y el *Physical Component Summary* (PCS) que permiten evaluar los componentes físico y mental, respectivamente. La hospitalización se evaluó durante las entrevistas de seguimiento de acuerdo con lo referido por los participantes respecto de la cantidad de internaciones durante el último año.

Resultados

Participaron 1 844 individuos, en su mayoría de sexo femenino. El 11.4% presentaron un puntaje mayor o igual a 5 en la GDS, es decir que padecían depresión. El promedio de edad fue mayor de 65 años tanto en presencia como en ausencia de depresión. La depresión se asoció con una frecuencia significativamente mayor de deterioro cognitivo, soltería y residencia en hogares de costo bajo en comparación con la ausencia de depresión. La comorbilidad física más frecuente fue la hipertensión arterial, seguida por las enfermedades oculares, la diabetes y la artritis. No se hallaron diferencias entre ambos grupos en cuanto a la cantidad de individuos que presentaron dos o más comorbilidades médicas. Sin embargo, la depresión se asoció con una frecuencia mayor de internación, con un nivel superior de discapacidad para realizar las actividades cotidianas y con un deterioro más acentuado de la calidad de vida.

Tanto las comorbilidades físicas como la depresión se asociaron en forma independiente con un aumento del riesgo de discapacidad para realizar las tareas cotidianas y de alteración de la calidad de vida. No obstante, el efecto de la depresión fue más acentuado. En cambio, el riesgo de internación fue mayor en presencia de

comorbilidades físicas que en caso de depresión, tanto al inicio del estudio como durante el seguimiento. Las comorbilidades físicas y la depresión interactuaron en forma significativa al analizar tanto la discapacidad cotidiana como la calidad de vida. Concretamente, las comorbilidades físicas se asociaron con un aumento de 1.3 veces del riesgo de discapacidad para realizar las tareas cotidianas en ausencia de depresión. En cambio, dicho riesgo aumentó 3.3 veces en presencia de depresión. En coincidencia, los pacientes con depresión presentaron un puntaje mayor en las subescalas MCS y PCS en comparación con los pacientes sin depresión.

Discusión

Los resultados obtenidos permiten indicar que los pacientes ancianos con depresión tenían mayor probabilidad de ser viudos, divorciados, vivir solos y en vivienda precaria, lo que sugeriría un nivel socioeconómico y apoyo social menor, contribuyendo ésto a peores resultados de salud. Como era de esperar, tanto la depresión como las enfermedades médicas afectaron la calidad de vida y las actividades cotidianas. No obstante, la depresión tuvo un efecto más acentuado al respecto. Este resultado coincide con lo informado por otros autores.

Además de afectar el desempeño cognitivo, la motivación y la regulación de las emociones, la depresión amplifica los síntomas físicos. Esto resulta en un nivel mayor de discapacidad en presencia de depresión y enfermedades físicas, en comparación con lo esperado en ausencia de depresión. Según lo hallado en otros estudios, la depresión es un factor de riesgo de discapacidad funcional. Asimismo, el tratamiento efectivo de la depresión mejora tanto la salud física como la evolución funcional de los pacientes. Dada la relación entre la salud física y mental, es esperable que la depresión disminuya la capacidad psicológica para tolerar una enfermedad física así como la percepción de la salud física por parte del propio individuo.

La depresión y las enfermedades físicas en comorbilidad tienen un efecto multiplicativo sobre la discapacidad funcional y la alteración de la calidad de vida de los pacientes. En coincidencia, la depresión aumenta el nivel de utilización de los recursos de salud y la carga económica vinculada con la presencia de comorbilidades. Este efecto podría deberse a la relación bidireccional entre las enfermedades físicas crónicas y la depresión.

El deterioro de la salud puede generar malestar emocional y favorecer la aparición de depresión. A su vez, la depresión puede afectar la progresión de una enfermedad médica mediante mecanismos biológicos o en forma indirecta, al afectar el cumplimiento terapéutico y el mantenimiento de hábitos saludables. La depresión también puede afectar la capacidad de adaptación a las enfermedades físicas y la percepción y la tolerabilidad del dolor, con la consiguiente disminución del desempeño y de la calidad de vida de los pacientes. Otro mecanismo propuesto es la existencia de vías fisiológicas neuroendocrinas

y autonómicas en común entre la depresión y las enfermedades físicas.

Los resultados obtenidos tienen consecuencias sobre el tratamiento de los pacientes con enfermedades físicas y depresión, quienes deberán recibir una atención acorde con el pronóstico desfavorable que dicha comorbilidad implica. Es importante asegurar el diagnóstico de depresión en pacientes asistidos en el ámbito de la atención primaria. En ciertos casos, los profesionales de la salud consideran que la enfermedad mental es una consecuencia lógica de la enfermedad física que no requiere tratamiento, ya que desaparecerá una vez resuelta esta última. No obstante, la depresión genera discapacidad y afecta la calidad de vida y su comorbilidad con las enfermedades físicas amplifica dichas consecuencias negativas. Dado que la depresión puede tratarse, su diagnóstico resulta fundamental con el fin de mejorar el desempeño y la calidad de vida y disminuir el costo del tratamiento.

Entre las limitaciones del presente estudio los autores destacan que no se aplicaron los criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Además, las enfermedades físicas crónicas fueron evaluadas según lo referido por los participantes. No se contó con información sobre la gravedad de los síntomas depresivos y las comorbilidades físicas. Finalmente, existen factores no considerados que pueden afectar el desempeño y la calidad de vida de los pacientes. Es necesario contar con estudios adicionales con el objetivo de recabar más información al respecto.

Conclusión

De acuerdo con lo observado en la población de ancianos, la depresión tiene un efecto negativo más acentuado sobre el desempeño cotidiano y la calidad de vida, en comparación con las comorbilidades físicas. La presencia de ambos trastornos en forma simultánea predice un nivel mayor de discapacidad funcional y alteración de la calidad de vida, en comparación con la presencia de cada enfermedad por separado. En consecuencia, es importante que los profesionales reconozcan la importancia de las enfermedades físicas y mentales y efectúen un diagnóstico oportuno con el fin de aplicar estrategias terapéuticas satisfactorias.

 Información adicional en www.sicsalud.com/dato/resiic.php/142923

6 - El Dolor y el Insomnio Generan Disfunción Laboral

Lallukka T, Øverland S, Sivertsen B y colaboradores

European Journal of Pain 18(6):883-892, Jul 2014

Tanto el dolor como el insomnio representan una preocupación a nivel de la salud pública y se asocian con ausentismo laboral por enfermedad. No obstante, en los estudios disponibles sobre la asociación entre el dolor y la discapacidad laboral no se evaluó el efecto del insomnio, en tanto que en las investigaciones sobre las consecuencias del insomnio no se tuvo en cuenta el dolor. De todos modos, los resultados obtenidos en individuos noruegos y finlandeses indican que la asociación entre el insomnio y la discapacidad laboral es independiente del dolor. Si bien existen datos que indican que el dolor y el insomnio se presentan en forma conjunta, su asociación con la discapacidad laboral no fue evaluada.

En el presente estudio se evaluó la relación entre la presencia de dolor, insomnio, o ambos y el ausentismo laboral por enfermedad y el retiro por discapacidad en individuos de mediana edad. Dichas asociaciones fueron evaluadas en dos cohortes prospectivas de trabajadores noruegos y finlandeses con el fin de aumentar la generalización de los resultados obtenidos.

Para realizar el presente estudio se consideró la información obtenida en el *Hordaland Health Study 1997-1999* (HUSK). Esta investigación se llevó a cabo en una población de 6 060 individuos noruegos de 40 a 45 años. La *Norwegian National Insurance Administration* registró los períodos de ausentismo laboral por enfermedad mayores de 14 días, así como las pensiones por discapacidad recibidas en Noruega. La variable principal de interés fue la cantidad de episodios confirmados de ausentismo laboral por enfermedad de más de 14 días de duración. El período medio de seguimiento aplicado en el estudio HUSK fue de cuatro años. En segundo lugar, los autores tuvieron en cuenta los datos obtenidos en el *Finnish Helsinki Health Study*, realizado con 8 960 trabajadores de 40 a 60 años. En este estudio se incluyeron los registros correspondientes a la actividad de los empleados con el objetivo de evaluar el ausentismo laboral por enfermedad. Para realizar el presente ensayo se tuvieron en cuenta los períodos de ausentismo por enfermedad de 15 días o más largos. Al igual que en el estudio noruego, el período medio de seguimiento en la investigación finlandesa fue de 4.1 años. El retiro por discapacidad se definió en ambos estudios como el otorgamiento de una pensión por discapacidad.

Las variables independientes consideradas por los autores del presente ensayo fueron el insomnio, el dolor y la presencia de ambos cuadros clínicos. En la cohorte noruega, el insomnio se evaluó con el *Karolinska Sleep Questionnaire* y el dolor, mediante una pregunta

sobre la frecuencia de dolor musculoesquelético en los miembros superiores e inferiores. Los participantes finlandeses fueron evaluados mediante el *Jenkins Sleep Questionnaire* con el fin de identificar la presencia de insomnio y con una pregunta destinada a valorar el dolor sin especificar su localización. La presencia conjunta de dolor e insomnio se dedujo de los resultados de las evaluaciones antedichas. Los pacientes que no reunieron los criterios para el diagnóstico de dolor, insomnio o ambos cuadros fueron incluidos en grupos de referencia. Las covariables consideradas para realizar el presente análisis incluyeron el estado civil, el nivel educativo, el tabaquismo, el nivel de actividad física, el consumo de alcohol, el índice de masa corporal (IMC) y la tensión arterial.

El 15%, el 7% y el 4% de los integrantes de la cohorte noruega presentaron dolor, insomnio o ambos cuadros, respectivamente. En la cohorte finlandesa, dichos porcentajes fueron 31%, 7% y 14%, en el mismo orden. El 41% y el 40% de los integrantes de las cohortes noruega y finlandesa, respectivamente, se habían ausentado del trabajo por enfermedad durante los años de seguimiento. En cuanto al retiro por discapacidad, las frecuencias observadas en las cohortes noruega y finlandesa durante un período de seguimiento de cinco años fueron 3% y 5%, en ese orden.

La presencia de dolor o insomnio se asoció con una probabilidad mayor de ausentismo laboral por enfermedad en comparación con la ausencia de dolor o insomnio en la cohorte proveniente de Noruega. La comorbilidad entre el dolor y el insomnio generó un riesgo mayor de ausentismo en comparación con la presencia de cada cuadro por separado. No obstante, no se observó una interacción sinérgica entre ambos síntomas. Los hallazgos obtenidos en la cohorte finlandesa fueron similares frente a los obtenidos en la cohorte noruega. Sin embargo, en este caso, el riesgo de ausentismo por enfermedad en pacientes con dolor e insomnio fue superior, en comparación con la sumatoria de los riesgos correspondientes a la presencia de cada cuadro por separado. La consideración de los factores potenciales de confusión no tuvo un efecto significativo sobre los resultados mencionados.

El efecto predictivo del dolor y el insomnio fue más notorio al considerar el retiro por discapacidad en comparación con lo observado ante la evaluación del ausentismo laboral. Tanto en la cohorte noruega como en la cohorte finlandesa, la presencia de dolor o insomnio se asoció en forma notoria con el retiro posterior por discapacidad en comparación con lo observado en ausencia de dolor o insomnio. Los individuos con dolor e insomnio presentaron un riesgo



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

de retiro por discapacidad mayor en comparación con lo esperado ante la sumatoria de los riesgos generados por cada cuadro. En consecuencia, el dolor y el insomnio tuvieron un efecto sinérgico sobre la probabilidad de retiro por discapacidad. Al considerar las covariables de interés, las asociaciones correspondientes al efecto del dolor y de la presencia simultánea de dolor e insomnio observadas en la cohorte noruega fueron algo menores, en tanto que el efecto del insomnio fue más acentuado. En cuanto a la cohorte finlandesa, la consideración de las covariables disminuyó levemente el efecto del dolor y de su presencia conjunta con el insomnio.

Según los resultados obtenidos, tanto el dolor como el insomnio contribuyen en forma independiente con la discapacidad laboral, especialmente con el retiro por discapacidad. Además, el dolor y el insomnio tuvieron un efecto sinérgico. Las asociaciones mencionadas no se modificaron significativamente al tener en cuenta diferentes covariables y fueron observadas en ambas cohortes. Los resultados obtenidos coinciden con lo informado en estudios anteriores. Puede indicarse que los individuos con dolor o insomnio tienen un riesgo superior de discapacidad laboral en comparación con los individuos que no presentan ninguno de los cuadros. En consecuencia, si bien el dolor y el insomnio se presentan con frecuencia en forma simultánea, cada uno de los cuadros puede aumentar el riesgo de discapacidad laboral. Debido a los efectos acentuados de la presencia simultánea de dolor e insomnio, resulta importante tanto el diagnóstico como la prevención de los cuadros agudos y de su cronificación con el fin de asegurar el desempeño laboral de los pacientes.

El efecto sinérgico entre el dolor y el insomnio podría deberse a la aparición de insomnio secundario al dolor. En este caso, el insomnio sería un indicador de la gravedad del dolor. También es posible que el insomnio sea el cuadro principal que contribuye con el deterioro de la salud y del desempeño laboral. Según lo informado, el dolor agudo puede cronificarse en presencia de insomnio. Por el contrario, el aumento de la calidad del sueño puede disminuir la somnolencia y la sensibilidad al dolor. Dicha interacción entre el dolor y el insomnio permitiría explicar por qué la presencia simultánea de ambas situaciones tiene consecuencias más desfavorables sobre el desempeño laboral, en comparación con la presencia de cada cuadro por separado.

Entre las limitaciones del presente estudio los autores mencionan que las diferencias entre las cohortes evaluadas no permitieron realizar un análisis conjunto de los resultados de ambas investigaciones. Además, la evaluación del dolor tuvo lugar mediante una única pregunta, y tanto el dolor como el insomnio se valoraron mediante cuestionarios autoadministrados. Por último, es posible que la asociación entre el dolor, el insomnio y el retiro por discapacidad haya sido afectada por un sesgo protopático. Es necesario contar con estudios adicionales que permitan conocer las características de la interacción entre el dolor y el insomnio y sus consecuencias sobre el desempeño laboral.

Tanto el dolor como el insomnio se asociaron con un aumento de la probabilidad de retiro por discapacidad y ausentismo laboral por enfermedad en las cohortes de trabajadores evaluadas en el presente estudio. Asimismo, se observó una interacción sinérgica entre el dolor y el insomnio al evaluar el riesgo de retiro por discapacidad. En cuanto al ausentismo laboral por enfermedad, el efecto sinérgico del dolor y el insomnio sólo tuvo lugar en una de las cohortes. Puede indicarse que el dolor y el insomnio son factores que aumentan el riesgo de discapacidad laboral. En presencia de comorbilidad entre el dolor y el insomnio, dicho riesgo es mayor frente al esperado ante la sumatoria de los efectos de ambos cuadros por separado. Lo antedicho pone de manifiesto la importancia de evaluar y prevenir el dolor y el insomnio con el objetivo de promover el bienestar y el desempeño de los trabajadores.



+ Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/resic.php/142920

7 - El Abuso Infantil, el Uso de Marihuana y Experiencias Adversas Aumentan el Riesgo de Experiencias Psicóticas

Morgan C, Reininghaus U, Hatch S y colaboradores

British Journal of Psychiatry 204:346-353, May 2014

La exposición a situaciones adversas durante la infancia, especialmente el abuso físico y sexual, se asocia con la aparición de experiencias psicóticas y con el inicio de trastornos psicóticos en adolescentes y adultos. El estudio de los mecanismos implicados en la asociación entre dicha exposición y la aparición posterior de psicosis arrojó resultados destacables. Por ejemplo, el abuso infantil puede aumentar la vulnerabilidad para padecer psicosis debido a efectos biológicos y psicológicos. Dicha vulnerabilidad puede resultar en la aparición de psicosis ante la exposición a factores adicionales como el consumo de marihuana. No obstante, la información disponible sobre el efecto sinérgico de la exposición a adversidades durante la infancia y a otros factores de riesgo ambientales en términos de aparición posterior de psicosis es limitada.

Los autores del presente análisis utilizaron la información obtenida en un estudio poblacional con el fin de evaluar los efectos principales y sinérgicos del abuso infantil, las vivencias adversas en etapas posteriores de la vida y el consumo de marihuana en términos de aparición de experiencias psicóticas de bajo grado. Se propuso que el abuso durante la infancia, las vivencias adversas adicionales y el consumo de marihuana se asocian con las experiencias psicóticas. En segundo lugar, los autores propusieron que el abuso infantil se combina en forma sinérgica con los sucesos adversos y el consumo de marihuana para aumentar el riesgo de experiencias psicóticas. Las experiencias psicóticas de bajo grado se vinculan con un aumento del riesgo de psicosis y otros cuadros no psicóticos, incluida la tendencia suicida. En consecuencia, conocer

los factores que favorecen la aparición de experiencias psicóticas permitiría identificar a los individuos con un aumento del riesgo de psicosis y otros trastornos mentales.

La información empleada para realizar el presente estudio fue obtenida en el *South East London Community Health Study* (SELCoH), un estudio poblacional sobre la salud física y mental llevado a cabo en Londres. Los participantes tenían 16 años o más y fueron evaluados con el fin de conocer las características sociodemográficas, socioeconómicas, físicas y vinculadas con la salud mental, los eventos adversos vividos durante la infancia y en etapas posteriores de la vida y el consumo de sustancias. Las experiencias psicóticas se evaluaron mediante el *Psychosis Screening Questionnaire* (PSQ), en tanto que los eventos adversos durante la infancia y la adultez fueron evaluados mediante la formulación de preguntas específicas. Por último, para valorar la presencia de síntomas asociados con enfermedades mentales frecuentes se aplicó la *Clinical Interview Schedule Revised* (CIS-R).

Se incluyeron 1 680 individuos representativos de la región evaluada en términos demográficos y socioeconómicos. La prevalencia anual de experiencias psicóticas fue del 17.9%. El cuadro informado con mayor frecuencia fue la paranoia. En coincidencia con lo hallado en otros estudios, se observó una asociación entre la presencia de una experiencia psicótica y determinadas variables demográficas y socioeconómicas como la menor edad, el origen étnico no caucásico, la nacionalidad no británica y el nivel educativo bajo. Además, los individuos que refirieron una experiencia psicótica presentaron una situación socioeconómica menos ventajosa y una probabilidad casi 5 veces superior de reunir los criterios para el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico, en comparación con los individuos que no refirieron experiencias psicóticas.

El riesgo de experiencias psicóticas fue más elevado entre los individuos con antecedentes de abuso físico o sexual durante la infancia. La mayoría de los participantes que refirieron abuso sexual también presentaron abuso físico, en tanto que el antecedente de ambos tipos de abuso se asoció en mayor medida con las experiencias psicóticas en comparación con el antecedente de un solo tipo de abuso. Las vivencias adversas, especialmente aquellas registradas durante el último año, se asociaron con un aumento de la probabilidad de experiencias psicóticas. Además, se halló una relación lineal entre la cantidad de eventos adversos y el riesgo de experiencias psicóticas. Esto indica un efecto acumulativo. El antecedente de consumo de marihuana durante el último año fue más probable entre los individuos que refirieron una experiencia psicótica. No obstante, no se halló una asociación entre el consumo anterior al último año y las experiencias psicóticas posteriores.

El antecedente de abuso durante la infancia se vinculó con un aumento de la cantidad de sucesos adversos vividos con posterioridad y con el consumo de cannabis.

El efecto del abuso durante la infancia y de los eventos adversos posteriores sobre la probabilidad de aparición de experiencias psicóticas fue sinérgico. Los resultados obtenidos también indicaron la probabilidad de sinergia entre el antecedente de abuso y el consumo de marihuana sobre el aumento del riesgo de experiencias psicóticas. Estos hallazgos tuvieron lugar al considerar tanto la paranoia como las alucinaciones.

Los resultados obtenidos permiten indicar que la exposición al abuso y otros sucesos adversos y el consumo reciente de marihuana se asocian con un aumento de la probabilidad de haber vivido experiencias psicóticas durante el año previo a la evaluación. El efecto de las vivencias adversas fue acumulativo y más acentuado ante el antecedente de eventos que implicaron una amenaza o intromisión para el individuo. Además, el abuso durante la infancia se asoció con un aumento del riesgo de vivencias adversas y consumo de marihuana. El efecto del abuso fue sinérgico con las vivencias adversas y el consumo reciente de marihuana al evaluar las experiencias psicóticas. Es decir, el riesgo de experiencias psicóticas fue mayor entre los individuos expuestos al abuso que vivieron sucesos negativos o consumieron marihuana durante el año anterior a la evaluación.

Es posible indicar que las adversidades durante la infancia, las vivencias negativas posteriores y el consumo reciente de marihuana actúan de un modo sinérgico para aumentar la probabilidad de experiencias psicóticas. Estos resultados coinciden con lo sugerido en otros estudios y con la hipótesis que enuncia que la adversidad durante la infancia puede generar cierta vulnerabilidad para la aparición posterior de experiencias psicóticas ante la exposición a factores de riesgo adicionales. A su vez, el antecedente de adversidades durante la infancia aumenta la probabilidad de exposición a dichos factores de riesgo. Los autores sugieren que los eventos adversos tienen un efecto acumulativo sobre el riesgo de aparición de experiencias psicóticas y que el riesgo es más acentuado cuanto más recientes son dichos eventos. En coincidencia, sólo el consumo de marihuana durante el último año aumentó el riesgo de experiencias psicóticas. Puede indicarse que la exposición acumulativa a factores de riesgo favorece la aparición de experiencias y síntomas psicopatológicos y amplifica el riesgo de padecer un trastorno psicótico, especialmente en individuos vulnerables. Es necesario contar con estudios adicionales para obtener conclusiones sólidas al respecto.

Entre las limitaciones del presente estudio los autores destacan la obtención de información retrospectiva y la posibilidad de un sesgo de selección de los participantes del estudio SELCoH y de un sesgo de recuerdo debido al efecto de las experiencias psicóticas. Además, la información recabada tuvo un carácter transversal que impidió analizar las relaciones causales entre los factores evaluados.



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

Las adversidades y el abuso durante la infancia incrementan la vulnerabilidad para la aparición de experiencias psicóticas ante la exposición reiterada a otros factores estresantes y de riesgo.



+ Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/resiic.php/142919

8 - Los Criterios Diagnósticos del Trastorno Límite de la Personalidad Podrían Perfeccionarse

Sellbom M, Sansone R, Songer D, Anderson J

Australian and New Zealand Journal of Psychiatry
48(4):325-332, Abr 2014

Existen cuestiones criticadas vinculadas con los criterios para el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad (TLP) incluidos en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Entre las críticas mencionadas se destacan el uso de un abordaje politético arbitrario y el nivel elevado de comorbilidad con otros trastornos mentales. Esto generó el cuestionamiento sobre la validez diagnóstica del TLP.

Durante la elaboración del DSM-5 se propuso diagnosticar los trastornos de la personalidad en términos de rasgos dimensionales y no categóricos. En este caso, se consideran 5 dominios que incluyen el antagonismo, el psicoticismo, la desinhibición, la afectividad negativa y el desapego. Cada dominio está compuesto por aspectos puntuales que permiten describir los elementos de la personalidad de un modo específico.

Con el fin de obtener claridad diagnóstica y mantener la continuidad con el DSM-IV, los rasgos mencionados se combinan para definir los trastornos de la personalidad antisocial, evitativo, límite, narcisista, obsesivo compulsivo y esquizotípico. La ausencia de cumplimiento de los criterios de algunos de dichos trastornos puede definirse como trastorno de la personalidad especificado por rasgo. Esta entidad diagnóstica puede reemplazar a la categoría actual denominada trastorno de la personalidad no especificado. Los rasgos asociados con el modelo dimensional del TLP incluyen ansiedad, depresión, labilidad emocional, inseguridad por separación, hostilidad, impulsividad y conductas de riesgo.

En líneas generales, en el DSM-5 se mantuvieron las categorías de trastornos de la personalidad incluidos en la Sección II del DSM-IV-TR, que incluye los criterios y códigos diagnósticos de los diferentes cuadros clínicos. No obstante, se propuso la revisión de los trastornos de la personalidad y la inclusión de un modelo alternativo en la Sección III. Este modelo alternativo requiere validación científica para su implementación en la práctica clínica. En cuanto al TLP, no se cuenta con información suficiente para definir la utilidad del abordaje alternativo con el fin de obtener un constructo válido.

En el presente estudio se evaluaron las coincidencias entre los criterios de TLP incluidos en las Secciones II y III del DSM-5 para definir el nivel de continuidad diagnóstica al reemplazar los criterios politéticos por un abordaje dimensional. En segundo lugar, se evaluó si la inclusión de rasgos de la personalidad relevantes desde el punto de vista conceptual y empírico puede mejorar la operacionalización del TLP en la Sección III del DSM-5. Los autores evaluaron rasgos importantes para el constructo del TLP, como la sumisión en las relaciones interpersonales, la ausencia de restricción de la afectividad, la suspicacia interpersonal y la desregulación perceptual.

Participaron 145 pacientes, en su mayoría de sexo femenino, de una media de edad de 38.06 años, tratados en un servicio de psiquiatría ubicado en un hospital de Estados Unidos. La mayoría de los sujetos se definieron como caucásicos no hispanos, habían alcanzado el nivel educativo secundario como mínimo y recibían un seguro por parte del gobierno. El 64.3% refirió el antecedente de al menos una internación psiquiátrica. Los diagnósticos más frecuentes fueron la esquizofrenia, el trastorno bipolar, los trastornos por consumo de sustancias y el TLP. Entre los pacientes con TLP, el 66.9%, el 53.8% y el 41.3% obtuvieron puntajes mayores que el valor de corte en 1, 2 y 3 de los tres parámetros de TLP incluidos en la Sección II del DSM-5, respectivamente. Las herramientas de evaluación aplicadas fueron el *Personality Inventory for DSM-5* (PID-5), el *Personality Diagnostic Questionnaire-4* (PDQ-4), el *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders – Personality Questionnaire* (SCID-II-PQ) y el *McLean Screening Inventory for Borderline Personality Disorder* (MSI-BPD).

Los parámetros incluidos en la Sección II del DSM-5 presentaron una asociación notoria. Los rasgos pertenecientes a la Sección III del DSM-5 incluidos en la definición alternativa del TLP también se relacionaron en forma notoria entre sí y con los puntajes del PDQ-4, el MSI-BPD y el SCID-II-PQ. La aplicación de modelos de ecuaciones estructurales permitió apreciar una asociación significativa entre los constructos latentes representativos de las Secciones II y III correspondientes al TLP.

Los autores calcularon las relaciones entre las características individuales incluidas en cada sección y obtuvieron magnitudes de efecto considerables, con excepción de lo observado al tener en cuenta el ítem del PID-5 correspondiente a la conducta riesgosa. A continuación, se evaluó el nivel de contribución de cada puntaje del PID-5 con la predicción del TLP. En este caso, sólo tres de los ítems contribuyeron en forma significativa: la labilidad emocional, la hostilidad y la conducta de riesgo. De acuerdo con dichos resultados, los autores perfeccionaron el modelo. Esto resultó en la identificación de 5 escalas del PID-5 que predijeron el puntaje de la Sección II correspondiente al TLP y dieron cuenta del 69.4% de la varianza.

Por último, evaluaron si la consideración del puntaje del PID-5 correspondiente a rasgos adicionales de la

personalidad aumentaba la predicción del resultado de la Sección II. Los rasgos evaluados fueron el sometimiento, la suspicacia, la restricción de la afectividad y la desregulación perceptual. Dichos rasgos presentaron una correlación moderada a elevada con la variable latente. Luego, los expertos evaluaron si cada rasgo agregado contribuye con la predicción del puntaje correspondiente al TLP. Sólo la suspicacia y la desregulación perceptual contribuyeron con la predicción en forma incremental.

Los resultados obtenidos indican que los criterios incluidos en la Sección III del DSM-5 permiten captar una proporción notoria de la varianza asociada con la conceptualización tradicional del constructo del TLP. En consecuencia, puede señalarse que los rasgos de la personalidad considerados brindan cierto nivel de continuidad entre el diagnóstico categórico de TLP y un nuevo enfoque dimensional. Al menos 5 de los 7 rasgos considerados contribuyeron en forma independiente con la predicción de la presencia de TLP, en tanto que la ansiedad y la impulsividad no tuvieron el mismo efecto. Es posible que no todos los rasgos tomados en cuenta en la Sección III sean necesarios para conceptualizar el TLP. La impulsividad y la conducta de riesgo podrían coincidir lo suficiente como para considerar sólo uno de ambos rasgos. Además, la ansiedad coincide con otros rasgos negativos de afectividad. Por este motivo, no tendría un efecto único en cuanto a la contribución con el diagnóstico de TLP. La desregulación perceptual y la suspicacia contribuyeron en forma incremental con la predicción del constructo latente de TLP en diferentes modelos. Los resultados obtenidos se complementan con lo hallado en otros estudios sobre la asociación entre el psicoticismo y el TLP. A esto también se suma la afectividad negativa.

Entre las limitaciones de la presente investigación, los autores mencionan que no puede descartarse un error de tipo II vinculado con la estimación de la predicción de la Sección II del DSM-5. En segundo lugar, todos los constructos fueron evaluados mediante herramientas autoaplicadas. Esto podría haber aumentado la magnitud de asociación entre los constructos. Sólo se evaluó una población de pacientes internados, lo cual disminuye la posibilidad de generalizar los resultados. Es necesario contar con revisiones adicionales para obtener conclusiones definitivas.

Los rasgos de la personalidad incluidos en la Sección III del DSM-5 correspondientes al diagnóstico de TLP coinciden con las conceptualizaciones tradicionales sobre este trastorno de la personalidad. Dichos rasgos contribuyen con la caracterización del TLP incluida en la Sección II y pueden mejorarse al considerar la desregulación perceptual. La realización de estudios adicionales que permitan replicar estos hallazgos podría resultar en la necesidad de modificar la operacionalización de la Sección III del DSM-5 correspondiente al TLP.

9 - Conceptos y Conceptos Erróneos del Espectro Bipolar

Ghaemi S, Dalley S

Australian and New Zealand Journal of Psychiatry
48(4):314-324, Abr 2014

El cuestionamiento del significado y la validez de los conceptos de espectro bipolar es frecuente y refleja los errores vinculados con la comprensión del espectro bipolar y de la nosología psiquiátrica. La presente revisión se llevó a cabo con el objetivo de esclarecer conceptos y evaluar errores vinculados con la descripción del espectro bipolar.

Hablar de trastorno bipolar (TBP) no equivale a hablar de enfermedad maníaco depresiva. El concepto de psicosis maníaco depresiva fue introducido por Kraepelin en 1921; luego fue denominada enfermedad maníaco depresiva para incluir a los individuos no psicóticos. En 1980, este concepto fue dividido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en dos enfermedades: el TBP y el trastorno depresivo mayor (TDM). La división de la enfermedad maníaco depresiva en TBP y TDM tuvo lugar en el DSM-III sobre la base de la aceptación de validadores diagnósticos que incluyen los síntomas, los antecedentes familiares, el curso clínico, la respuesta al tratamiento y los marcadores biológicos.

El concepto de TBP difiere significativamente del de enfermedad maníaco depresiva. Además de ser un concepto menos amplio, el TBP tiene como característica principal la polaridad, la presencia o la ausencia de un episodio maníaco. En cambio, la enfermedad maníaco depresiva se define por los episodios recurrentes de alteración del estado de ánimo, sin importar sus características maníacas o depresivas. Es decir, el TBP se define en presencia de episodios maníacos y depresivos. Por el contrario, la enfermedad maníaco depresiva tiene lugar en presencia de episodios maníacos o depresivos, es un concepto más amplio en comparación con el concepto de TBP.

El consenso logrado en el DSM-III mantuvo su vigencia durante aproximadamente 20 años hasta la publicación de los hallazgos de Hagop Akiskal, en los Estados Unidos, y de Athanasios Koukopoulos en Europa. Akiskal observó que muchos pacientes presentaban cuadros intermedios entre la unipolaridad y la bipolaridad y propuso el concepto de espectro bipolar. En este espectro se incluyeron presentaciones atípicas de depresión y temperamento. Por su parte, Koukopoulos cuestionó la dicotomía unipolar/bipolar, en especial en lo relacionado con el criterio de respuesta al tratamiento. Muchos pacientes unipolares no respondían a los antidepresivos y presentaban características adicionales de bipolaridad como el curso recurrente y la edad temprana de inicio. Además, Koukopoulos observó que la frecuencia de estados mixtos era mayor en comparación con la frecuencia de estados puros maníacos o depresivos. Esto dificultaba la distinción entre ambos cuadros y cuestionaba la utilidad de dicha distinción. En consecuencia, tanto Akiskal

como Koukopoulos coincidieron con las observaciones efectuadas por Kraepelin.

Frederick Goodwin, el director del *National Institute of Mental Health* (NIMH) de los Estados Unidos a fines de la década de 1980 y principios de la década de 1990, también halló información contradictoria frente a lo enunciado en el DSM-III. En primer lugar, el autor notó que la depresión y la manía pueden coexistir en una misma familia, aunque el antecedente de depresión es más frecuente en pacientes maníacos que en pacientes depresivos. Es decir, la depresión no aparece aislada de la manía. Luego, Goodwin halló que más allá de su eficacia en los pacientes con TBP, el litio era de utilidad para el tratamiento de los pacientes con depresión recurrente. Las investigaciones realizadas con posterioridad en el campo de la neurofisiología permitieron observar características en común entre la unipolaridad y la bipolaridad en cuanto a los mecanismos biológicos subyacentes a la enfermedad. Por último, el empleo generalizado de nuevas drogas indicó que, a diferencia de lo esperado, la administración de antidepresivos podía ser de utilidad en caso de TBP, en tanto que el tratamiento con estabilizadores del estado de ánimo o antipsicóticos resultaba beneficioso en pacientes con depresión.

La consideración de la labilidad del estado de ánimo como una característica principal del espectro bipolar es un error. Esto se debe a que la labilidad del estado de ánimo se observa en pacientes con diferentes enfermedades y no refleja el proceso maníaco depresivo subyacente. Según Kraepelin, es el curso de la enfermedad el que refleja el proceso patológico subyacente, en tanto que el resto de los síntomas no son importantes desde el punto de vista diagnóstico. El estado de ánimo no sería un aspecto central. En cambio, la activación psicomotora es más importante.

Es necesario contar con una definición precisa de los conceptos vinculados con el espectro bipolar. A principio de la década de 1980, Akiskal sugirió la ampliación del concepto de TBP tipo I incluido en el DSM-III. Esto resultó en la aceptación e inclusión, en el DSM-IV, del TBP tipo II cuadro caracterizado por episodios hipomaníacos y depresión recurrente. Además, Akiskal propuso la inclusión del TBP tipo III para describir la hipomanía inducida por los antidepresivos y enfatizó en la inclusión de los temperamentos como la hipertimia y la ciclotimia dentro del espectro bipolar. Estos temperamentos tienen una relación genética con el TBP o la depresión unipolar grave y son constructos válidos desde el punto de vista psicométrico. No obstante, los temperamentos generalmente son considerados trastornos diferentes de las enfermedades del estado de ánimo. Esto es un error, ya que un individuo puede tener un TBP asociado con un temperamento ciclotímico entre los episodios. Lamentablemente, en el DSM los temperamentos se consideran no relacionados con el TBP. Esto resulta en la identificación infrecuente de los temperamentos de cada paciente.

A diferencia de Akiskal, Koukopoulos no prestó atención a los temperamentos sino que analizó

los episodios de alteración del estado de ánimo y concluyó que la mayoría de los episodios eran mixtos. Así, Koukopoulos definió la depresión mixta en presencia de síntomas depresivos combinados con síntomas maníacos como la excitación, la agitación, la irritabilidad, la ansiedad y la impulsividad suicida. En coincidencia, Angst y colaboradores refirieron que la mitad de los episodios depresivos tienen características mixtas aun en pacientes unipolares y concordaron con el concepto de espectro bipolar. Si se considera el punto de vista de Koukopoulos, Angst y Kraepelin, puede indicarse que no existen límites precisos entre la depresión y la manía. En consecuencia, la polaridad no debería ser el factor decisivo en la nosología de los trastornos del estado de ánimo sino que debería considerarse un factor diferente, por ejemplo las recurrencias.

De acuerdo con lo antedicho, los autores sugieren elaborar una definición general para los pacientes que se ubican en el sector medio del espectro, es decir, entre los extremos unipolar y bipolar tipo I. Este cuadro podría denominarse enfermedad del espectro bipolar. Los temperamentos del estado de ánimo hipertímico o ciclotímico también deberían incluirse dentro del espectro bipolar. La aplicación de los conceptos mencionados resultaría en la presencia de enfermedad del espectro bipolar en aproximadamente un tercio de los pacientes con TDM.

Si bien podría considerarse que existen características en común entre la enfermedad bipolar y el trastorno límite de la personalidad, ambos cuadros son diferentes desde el punto de vista ontológico. A propósito, los autores consideran que la utilización del término trastorno para definir estos cuadros clínicos genera una confusión. La personalidad límite es, desde el punto de vista de los autores, una interpretación cultural de la denominada histeria, una definición freudiana de los síntomas disociativos que presentan los individuos que experimentaron un trauma durante las primeras etapas de su vida. Mientras que el espectro bipolar es un proceso patológico, la personalidad límite es un cuadro clínico pero no constituye una enfermedad. No obstante, ambos tienen características superficiales en común, como la labilidad del estado de ánimo.

El antecedente de abuso sexual y conducta parasuicida es más frecuente en pacientes con trastorno límite de la personalidad que en individuos con enfermedad bipolar. Además, la enfermedad bipolar tiene un componente genético significativo, en tanto que los factores psicosociales contribuyen significativamente con su etiología. La personalidad límite y la enfermedad bipolar difieren en términos de heredabilidad, ya que los rasgos de la personalidad tienen un componente genético significativamente menor en comparación con lo observado en presencia de enfermedad bipolar. Por lo tanto, la contribución psicosocial es mayor en este último cuadro, lo cual coincide con las diferencias etiológicas mencionadas con anterioridad.

Los factores biológicos y psicosociales en común entre la enfermedad bipolar y la personalidad límite

se aplican a la patogénesis. Los factores psicosociales pueden afectar el curso de la enfermedad bipolar y desencadenar episodios, pero no modifican la susceptibilidad para padecer la enfermedad. Asimismo, las experiencias traumáticas modifican la neuroquímica cerebral y tienen consecuencias neurobiológicas, con lo cual pueden influir sobre el curso de la personalidad límite. No obstante, la afección neurobiológica no equivale a la existencia de una etiología biológica. Es decir, las similitudes neurobiológicas entre la enfermedad bipolar y la personalidad límite no significan que ambas condiciones son similares desde el punto de vista nosológico.

En el presente estudio se abordó la imprecisión de los conceptos relacionados con el espectro bipolar mediante la consideración del punto de vista de Akiskal y Koukopoulos. También se evaluaron la definición de espectro bipolar y las supuestas coincidencias con la personalidad límite. En este último caso, los autores demostraron que la enfermedad bipolar y la personalidad límite tienen características diferentes. Mientras que la enfermedad bipolar se asocia con antecedentes familiares específicos y se caracteriza por la recurrencia de episodios de alteración del estado de ánimo y activación psicomotora, las características clínicas de la personalidad límite incluyen la presencia de síntomas disociativos, trauma sexual y autoagresividad. El empleo del término trastorno disminuye la posibilidad de apreciar las diferencias ontológicas entre la enfermedad maníaco depresiva y el cuadro clínico correspondiente a la personalidad límite. Puede concluirse que los conceptos de espectro bipolar históricamente originados en el trabajo de Kraepelin pueden ser corroborados desde el punto de vista científico y formulados en forma clara. Sus diferencias frente a las condiciones traumáticas disociativas pueden definirse tanto desde el punto de vista histórico como desde una perspectiva científica.



Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/resiic.php/142925

10 - Trauma en la Infancia en el Trastorno Bipolar

Watson S, Gallagher P, Young A y colaboradores

Australian and New Zealand Journal of Psychiatry
48(6):564-570, Jun 2014

El trastorno bipolar (TBP) tiene una elevada incidencia y prevalencia, con síntomas crónicos que producen alteraciones psicosociales. No se han establecido completamente la etiología y los factores de riesgo del TBP. Si bien tiene un gran componente hereditario, el estrés psicosocial parece incrementar la probabilidad de la aparición de un primer episodio, así como la posibilidad de episodios subsiguientes. El trauma en la infancia es un indicador de mal pronóstico en el trastorno depresivo mayor, pero poco se sabe de su impacto en el TBP. Se demostró el impacto de los

factores estresantes en los adultos en el curso del TBP.

Los niños y adolescentes con TBP estuvieron expuestos a más eventos negativos por sobre los positivos, en comparación con los controles, aunque en una investigación reciente se señaló que el vínculo entre los eventos estresantes y el TBP puede ser consecuencia de la enfermedad. Los estudios que utilizaron el cuestionario *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) informaron una mayor tasa de trauma en la infancia, especialmente abuso emocional, en el TBP. En los ensayos de tipo retrospectivo, el abuso en la infancia se asoció con un curso adverso de la enfermedad, más episodios depresivos, mayor gravedad de la manía, comienzo más temprano, ideación suicida, abuso de sustancias y alteraciones en las pruebas de función neuropsicológica, aunque la heterogeneidad clínica y metodológica entre las investigaciones dificulta la extracción de datos concluyentes.

Los objetivos de este estudio fueron comparar las tasas de trauma en la infancia, medido por el CTQ, en los adultos con TBP, con respecto a un grupo control de personas sanas, así como analizar el impacto del trauma en la infancia con el curso clínico de la enfermedad. Se postuló que los puntajes más altos en el CTQ se asociaron con el diagnóstico de TBP y que el trauma en la infancia se relacionó con la gravedad clínica.

Este análisis utilizó los datos basales de un ensayo aleatorizado y controlado con placebo sobre el tratamiento con mifepristona en la depresión bipolar que se realizó en dos centros: *Newcastle University*, en el nordeste de Inglaterra, y *Otago University*, en Christchurch, Nueva Zelanda. Los criterios de inclusión fueron el diagnóstico de TBP, con un episodio depresivo actual confirmado con la entrevista *Structured Clinical Interview* (SCID) del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, IV edición (DSM-IV); la edad entre 18 y 65 años y medicación estable por un mínimo de cuatro semanas.

Sesenta pacientes se dividieron al azar en un período de cinco años, desde octubre de 2004, de los cuales 31 cumplieron los criterios SCID de TBP I, y 25, los de TBP II. Como comparación se incluyó una cohorte de 55 personas concordantes en cuanto al sexo y la edad, sin trastornos del eje I detectados por la entrevista SCID. Se recabaron los datos demográficos y las características clínicas, tales como sexo, edad, índice de masa corporal, el cociente intelectual (CI) premórbido determinado por el test *National Adult Reading* (NART) y el nivel de educación.

Se determinó la gravedad clínica de la enfermedad mediante la escala de 17 ítems *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS-17), el diagnóstico de melancolía según los criterios del DSM-IV, la duración del episodio depresivo actual (semanas), el número de internaciones previas, la ingesta actual de alcohol, el diagnóstico de



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

TBP de ciclado rápido, los antecedentes de intentos de suicidio y cualquier forma de ideación suicida actual. Por último, se completó el CTQ, que es un cuestionario validado de 28 ítems utilizado para aportar una medida retrospectiva del trauma en la infancia.

Se utilizó el análisis de regresión logística para analizar la relación entre el trauma en la infancia y el TBP.

Los pacientes y los controles concordaron en la edad, el sexo, el CI premórbido y los años de educación. El diagnóstico de TBP se asoció significativamente con un puntaje más alto en el CTQ, así como en todas las subescalas, excepto la de abuso sexual. Se obtuvieron resultados similares cuando el análisis se restringió a las personas con diagnóstico de TBP I. En los pacientes con TBP II, el puntaje total en el CTQ y el de las subescalas de abuso emocional, abandono emocional y físico fueron significativamente superiores con respecto a los controles.

Los puntajes en el CTQ no difirieron entre las personas con ideación suicida o sin ella. Los pacientes con diagnóstico de melancolía tuvieron puntajes totales en el CTQ significativamente superiores, así como en las escalas de abandono emocional y abuso emocional. Los participantes con diagnóstico de TBP de ciclado rápido tuvieron puntajes más altos en las subescalas de abuso sexual, en comparación con los que no lo presentaron.

Entre las personas con TBP y antecedentes de uno o más intentos de suicidio, el puntaje total en el CTQ y en la subescala de abuso emocional fueron significativamente superiores. No se encontraron correlaciones significativas entre el puntaje total en el CTQ o los puntajes en las subescalas y la duración del episodio actual, el número de internaciones previas, la gravedad actual de la depresión y la ingesta de alcohol.

En el análisis de regresión logística, ajustado por la edad y el sexo, el abandono emocional fue el único factor significativo asociado con diagnóstico de TBP ($p < 0.001$), mientras que el abuso emocional tuvo aproximación hacia la significación estadística ($p = 0.082$). Los antecedentes de abuso sexual en la infancia no fueron un factor predictivo significativo.

Comentan los autores que los resultados de su investigación demostraron asociaciones significativas entre el trauma en la infancia y el TBP. Se encontraron puntajes más altos en el CTQ tanto en el puntaje total como en los de las subescalas, excepto la de abuso sexual, en los pacientes con diagnóstico de TBP I y II, en comparación con los controles sanos. En los pacientes con TBP y diagnóstico de melancolía por los criterios del DSM-IV, los puntajes en las subescalas de abandono emocional y físico fueron superiores. Los puntajes en las subescalas del CTQ fueron superiores en las personas con antecedentes de intento de suicidio o diagnóstico de TBP con ciclado rápido.

En el análisis de regresión logística, el abuso emocional fue el único predictor significativo de TBP

en el modelo. El abuso emocional se aproximó a la significación estadística y puede considerarse como un potencial factor contribuyente en el modelo. La presente investigación concuerda con los hallazgos de dos ensayos previos que indicaron que los pacientes con diagnóstico de TBP presentaron tasas superiores de trauma en la infancia en comparación con los controles sanos.

El eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal parece tener un papel central sobre el impacto del trauma en la infancia. Se postuló que el trauma en la infancia en períodos sensibles puede desencadenar alteraciones en la vía en desarrollo, mediada en parte por procesos epigenéticos. Por ejemplo, la regulación de la expresión de glucocorticoides en el hipocampo puede inducir respuestas tales como un aumento del estado de alerta al peligro, la respuesta a nuevos factores estresantes y una inclinación a explorar nuevos ambientes. La compensación de dichas respuestas puede ser un riesgo incrementado de problemas conductuales en la infancia y alteraciones psicopatológicas en la adultez, como el TBP.

Se destaca que el abandono emocional fue la única subescala que permitió diferenciar los pacientes con TBP de los controles. El abandono emocional indica una deficiencia en la relación padre-hijo, que se vinculó con la desregulación del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal en la adultez y que se identificó previamente como asociado con la depresión.

Como conclusión de los autores, el trauma en la infancia se asoció con el TBP, especialmente el abandono emocional. Es necesaria la confirmación de estos hallazgos en estudios prospectivos, así como la determinación de los mediadores psicológicos y neurobiológicos.



Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/resiic.php/142927



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

Autoevaluaciones de lectura

Trabajos Distinguidos Psiquiatría 1 (2014) 28

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

TD N°	Enunciado	Seleccione sus opciones
1	¿Cuál de las siguientes opciones es correcta sobre el riesgo de esquizofrenia en individuos jóvenes?	A) La disfunción social predice en mayor medida la evolución hacia la esquizofrenia en comparación con la disfunción académica. B) La disfunción académica predice en mayor medida la evolución hacia la esquizofrenia en comparación con la disfunción social. C) La disfunción social no predice la evolución hacia la esquizofrenia. D) La disfunción académica predice la evolución hacia la esquizofrenia en igual medida que la disfunción social.
2	¿Qué características tiene la pregabalina?	A) Provoca alteraciones cognitivas más graves que las observadas ante la administración de benzodiazepinas. B) El riesgo de dependencia ante su administración es menor en comparación con lo observado al administrar benzodiazepinas. C) Siempre es menos eficaz que las benzodiazepinas. D) Provoca alteraciones motoras más graves que las observadas ante la administración de benzodiazepinas.
3	¿Qué características tiene clásicamente el síndrome de Cogan?	A) Es una enfermedad autoinmune infrecuente. B) Se asocia con síntomas auditivos y vestibulares bilaterales. C) Los pacientes pueden presentar queratitis intersticial ocular. D) Todas son correctas.
4	¿Qué áreas cerebrales están relacionadas con las tareas de función ejecutiva?	A) La corteza prefrontal dorsolateral. B) La corteza anterior del cíngulo. C) El lóbulo temporal. D) 1 y 2 son correctas.
5	¿Qué consecuencias puede tener la comorbilidad entre las enfermedades físicas y la depresión?	A) Afecta la calidad de vida pero no deteriora el desempeño cotidiano. B) Afecta el desempeño cotidiano y la calidad de vida en mayor medida que cada enfermedad por separado. C) No influye sobre la calidad de vida. D) Ninguna es correcta.

Respuestas correctas

TD N°	Respuesta	Fundamento	Opción
1	La disfunción social predice en mayor medida la evolución hacia la esquizofrenia en comparación con la disfunción académica.	Los jóvenes con un nivel elevado de riesgo clínico para padecer psicosis presentan disfunción social y académica. No obstante, la disfunción social predice en mayor medida la evolución hacia la esquizofrenia en comparación con la disfunción académica.	A
2	El riesgo de dependencia ante su administración es menor en comparación con lo observado al administrar benzodiazepinas.	Si bien la pregabalina tiene una eficacia similar frente a las benzodiazepinas, su administración no se asocia con alteraciones cognitivas y psicomotoras. Además, el riesgo de dependencia ante la administración de pregabalina es menor en comparación con lo observado al administrar benzodiazepinas.	B
3	Todas son correctas.	El síndrome de Cogan es una enfermedad autoinmune infrecuente caracterizada por queratitis intersticial ocular y síntomas auditivos y vestibulares bilaterales. Dichos síntomas se acompañan por manifestaciones sistémicas, principalmente cefaleas, artralgia, fiebre, artritis y migraja.	D
4	1 y 2 son correctas.	Las regiones cerebrales relacionadas con las tareas de función ejecutiva son la corteza prefrontal dorsolateral y la corteza anterior del cíngulo.	D
5	Afecta el desempeño cotidiano y la calidad de vida en mayor medida que cada enfermedad por separado.	La comorbilidad entre las enfermedades físicas crónicas y la depresión predice un nivel mayor de discapacidad funcional y alteración de la calidad de vida, en comparación con la presencia de cada enfermedad por separado.	B