

Dirección, Comité de Expertos, Fuentes Científicas..... 3

## Artículos distinguidos

- A - Revisión de Diez Cuestiones Fundamentales Relacionadas con la Implementación de la Atención Centrada en el Individuo**  
Janis Tondora, SIIC..... 4

## Informes seleccionados

### Reseñas seleccionadas

- 1 - Ideación Suicida, Autoagresión e Intento de suicidio: Resultados de la British Psychiatric Morbidity Survey 2000**  
Bebbington P, Minot S, Brugha T y colaboradores  
European Psychiatry 25(7):427-431, Nov 2010..... 6
- 2 - Efecto de los Criterios Diagnósticos del Trastorno de Ansiedad Generalizada Incluidos en el Borrador del DSM-V sobre la Prevalencia y Gravedad de la Enfermedad**  
Andrews G, Hobbs M  
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 44(9):784-790, Sep 2010..... 7
- 3 - Trastorno Obsesivo Compulsivo Compartido...**  
Mergui J, Jaworowski S, Greenberg D, Lerner V  
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 44(9):859-862, Sep 2010..... 8
- 4 - Prevención de la Trombosis Venosa Profunda ante la Aplicación de Restricción Física a Pacientes Esquizofrénicos**  
De Hert M, Einfinger G, Peuskens J  
International Journal of Clinical Practice 64(8):1109-1115, Jul 2010..... 9
- 5 - Conocimiento y Actitud hacia la Depresión y Adhesión al Tratamiento...**  
Gabriel A, Violato C  
Journal of Affective Disorders 126(3):388-394, Nov 2010..... 10
- 6 - Trastorno Bipolar y Síndrome Metabólico...**  
McIntyre R, Danilewitz M, Taylor V y col.  
Journal of Affective Disorders 126(3):366-387, Nov 2010..... 12
- 7 - Estrategias para el Abordaje de los Problemas Vinculados con el Cumplimiento Terapéutico en Pacientes con Enfermedades Mentales Graves y Persistentes...**  
Velligan D, Weiden P, Docherty J y col.  
Journal of Psychiatric Practice 16(5):306-324, Sep 2010..... 14
- 8 - Información Disponible sobre la Ansiedad y la Depresión en Ancianos**  
Byrne G, Pachana N  
Current Opinion in Psychiatry 23(6):504-509, Nov 2010..... 16

## Novidades seleccionadas

- 9 - Analizan la Efectividad de la Olanzapina Sola o Combinada con Otras Drogas para el Trastorno Bipolar**  
González-Pinto A, Vieta E, Haro J y col.  
Journal of Affective Disorders 131(1-3):320-329, 2011..... 18
- 10 - La Duloxetine es un Antidepresivo Seguro y Bien Tolerado**  
Bitter I, Filipovits D, Czobor P  
Expert Opinion on Drug Safety May 2011..... 20
- 11 - Describen las Ventajas de la Duloxetine en Términos de Adhesión y Persistencia Terapéutica**  
Wang J, Liu X, Mullins C  
Current Medical Research and Opinion 27(7):1303-1313, May 2011..... 22
- 12 - El Tratamiento Farmacológico Mejora la Calidad de Vida de los Pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e...**  
Coghill D  
CNS Drugs 24(10):843-866, 2010..... 23
- 13 - La Ausencia de Respuesta Inicial a la Olanzapina no Predice la Ausencia de Respuesta Posterior a la Misma Droga**  
Hatta K, Otachi T, Sawa Y y col.  
Schizophrenia Research 128(1-3):127-135, May 2011..... 25
- 14 - Eficacia Progresiva de la Atomoxetina en Pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad**  
Dickson R, Maki E, Weiss M y col.  
Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 5(1):14, May 2011..... 27
- Contacto Directo..... 29  
Autoevaluaciones de lectura, Respuestas Correctas..... 30

## Conexiones Temáticas

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

Especialidades	Artículos, números
Administración Hospitalaria.....	A
Atención Primaria.....	A, 2, 8
Anestesiología.....	11
Educación Médica.....	A
Epidemiología.....	1, 2, 3, 6
Farmacología.....	3, 5-14
Geriatría.....	8
Medicina Familiar.....	8
Medicina Farmacéutica.....	5-7, 10, 12-14
Medicina Interna.....	4, 6, 11
Pediatría.....	12, 14
Psicofarmacología.....	6
Psiquiatría Clínica de Adultos.....	6
Reumatología.....	11
Salud Pública.....	A



Sociedad Iberoamericana  
de Información Científica

**Rafael Bernal Castro**  
Presidente

**Rosa María Hermitte**  
Directora PEMC-SIIC

### Consejo Superior

Programa SIIC de Educación  
Médica Continuada (PEMC-SIIC)

Eliás N. Abdala, Miguel Allevato,  
Arturo Arrighi, Michel Batlouni,  
Pablo Bazerque, Alfredo Buzzi,  
Rafael Castro del Olmo, Marcelo  
Corti, Carlos Crespo, Reinaldo  
Chacón, Juan C. Chachques,  
Blanca Diez, Bernardo Dosoretz,  
Ricardo Drut, Juan Enrique Duhart,  
Miguel Falasco, Germán Falke,  
Juan Gagliardi, J.G. de la Garza,  
Estela Giménez, Vicente Gutiérrez  
Maxwell, Alfredo Hirschon Prado,  
Rafael Hurtado, León Jaimovich,  
Miguel A. Larguía, Antonio Lorusso,  
Néstor P. Marchant, Olindo Martino,  
Carlos Mautalén, Pablo Mazure<sup>†</sup>,  
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 Valentiniuzzi, 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.siicsalud.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. Trabajos Distinguidos/  
Trabalhos Destacados y Temas Maestros son  
marcas y procedimientos internacionalmente  
registrados por la Sociedad Iberoamericana  
de Información Científica. Prohibida la  
reproducción total o parcial por cualquier  
medio sin previa autorización por escrito de  
la Sociedad Iberoamericana de Información  
Científica (SIIC).

Impreso en Neuhaus S.A. Colombres 1065,  
Bs. As. Argentina.



Información adicional en  
[www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com)



Artículo completo en  
[www.siic.info](http://www.siic.info)

Colección

Trabajos Distinguidos

Serie

Salud Mental

[www.trabajosdistinguidos.com/trabdis.php](http://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 Call, José Eduardo Carreño Rendueles, Leonardo Casais Martínez, José Catri, Salvador Cervera Enguix, Marcelo G. Cetkovich-Bakmas, Eduardo Cuenca Fernández, Antonio Duarte, Rodolfo Fahrer, Patricio Fischman, Jorge García Badaracco, José Giner, Leonardo Gojman, Isaac Guz, Teresinha Fatima Hassan, Deitos, Juan J. Lopez-Ibor Jr., Néstor Marchant, Hugo Marietán, Andrea Márquez López Mato, Miguel Márquez, Miguel 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

## Artículos distinguidos

<http://www.siicsalud.com/main/expinv.htm>

Las normas de divulgación biomédica acotan las posibilidades de comunicación de los investigadores o los someten a rígidos esquemas editoriales que, en oportunidades, limitan la redacción y, en consecuencia, la posterior comprensión de los lectores. SIIC invita a renombrados médicos del mundo para que relaten sus investigaciones de manera didáctica y amena.


Las estrictas supervisiones científicas y literarias a que son sometidos los Artículos distinguidos aseguran documentos de calidad, en temas de importancia estratégica.

# A - Revisión de Diez Cuestiones Fundamentales Relacionadas con la Implementación de la Atención Centrada en el Individuo

Janis Tondora, Columnista Experta de SIIC

**Función que desempeña:** Professor of Psychiatry, Psychiatry, Yale School of Medicine, Yale University, New Haven, EE.UU.

**Página de la autora:** [www.siicsalud.com/dato/dat053/10517001a.htm](http://www.siicsalud.com/dato/dat053/10517001a.htm)

 Bibliografía, especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales del autor.

### Abstract

*This paper describes the top ten concerns that mental health practitioners, program managers, and system leaders have expressed concerning introduction of the practice of person-centered care planning. First, person-centered care planning is described. Then the authors review each of the top ten concerns and respond briefly to each from the perspective of recovery-oriented practice. Implications for system transformation are included.*

*“Es asombroso lo que puedes hacer cuando piensas sobre esto... ¡especialmente cuando se suponía que ya no tenías una mente!”*, mujer con una enfermedad mental al describir su participación en un plan de atención centrado en el individuo.

En un estudio anterior describimos lo que consideramos eran las diez cuestiones más importantes sobre la noción de recuperación que vimos al momento de orientar el sistema de salud mental hacia la recuperación (Davidson, O’Connell, Tondora, Styron y Kangas, 2006). Elegimos presentar el material clasificado según los diez tópicos más importantes a partir de un programa de televisión nocturna conducido por el estadounidense David Letterman ya que encontramos que el trabajo de transformación no sólo provoca tensiones sino que suele ser polémico en ciertos momentos. Esperamos que el empleo del humor le otorgue un tono menos grave.

Cuando fuimos invitados a actualizar aquel estudio elegimos adoptar nuevamente la lista de los diez tópicos más importantes, pero esta vez orientada hacia uno de los cambios más fundamentales que previmos sería crucial en el proceso de transformación: la atención centrada en el individuo. Si bien los conceptos de atención y medicina centradas en el paciente son lo suficientemente conocidos como para que los expertos consideren su aceptación en la práctica médica habitual, dichos conceptos aún son relativamente nuevos en el ámbito de la salud mental.

Dadas la estigmatización de larga data que existe en las enfermedades mentales graves en general y la preocupación de los profesionales de la salud mental respecto del manejo de los riesgos y de la responsabilidad profesional en particular, la introducción de la atención centrada en el paciente en el ámbito

### Resumen

El presente artículo describe las diez cuestiones más importantes mencionadas por profesionales de la salud mental, directores de programas y jefes del sistema de salud acerca de la introducción de un plan de atención centrado en el individuo. En primer lugar se describe el plan de atención centrado en el sujeto. Luego, los autores evalúan diez cuestiones centrales y responden brevemente cada una de ellas desde el punto de vista de la práctica orientada a la recuperación. Se incluyen las repercusiones sobre la transformación del sistema.

psiquiátrico constituye un desafío notable. Ya que la centralización en el individuo es una de las características fundamentales y quizá más básicas de la práctica orientada a la recuperación, vimos esta oportunidad como la posibilidad de retomar el desafío, lo cual implicaría la profundización de la comprensión de aquellas cuestiones que surgen de la transformación.

Sobre la base del entrenamiento y la asistencia técnica brindada por el personal de atención directa, los directores del programa y los administradores que trabajan para implementar un modelo de atención centrada en el individuo, identificamos las diez cuestiones centrales más frecuentes que surgieron con relación al trabajo.

A continuación describimos dichas cuestiones, que implican desde temas prácticos (por ejemplo, ¿cómo escribir un objetivo mensurable?), financieros y fiscales (por ejemplo, ¿cómo financiaremos la atención centrada en el individuo?) hasta cuestiones filosóficas (por ejemplo, ¿cómo trabajar con una persona que no tiene objetivos?). Las respuestas que brindamos son el comienzo del abordaje de éstos y otros interrogantes relacionados con los sistemas involucrados en el proceso de transformación orientada a la recuperación y, en consecuencia, hacia la atención en salud mental centrada en el individuo.

Antes de debatir estos temas explicaremos qué significa atención centrada en el individuo. Consideramos la atención centrada en el individuo como un proceso de colaboración entre el individuo y aquellos que le brindan un servicio o un apoyo que resulta en la creación y la implementación de un plan de acción que lo asistirá para que logre sus objetivos personales. Para que un plan se considere centrado en la persona se requiere: 1) estar orientado hacia la recuperación más que hacia la minimización exclusiva de la enfermedad; 2) estar elaborado sobre la base de los objetivos y aspiraciones del individuo; 3) articular el papel de éste con el de los demás (aquellos que impliquen un sostén

**Participaron en la investigación:** Larry Davidson, Rebecca Midler, Yale School of Medicine, New Haven, EE.UU.

natural o solventado económicamente) para lograr sus propios objetivos; 4) estar centrado y ser construido de acuerdo con las capacidades, virtudes e intereses del individuo; 5) enfatizar el uso de contextos naturales y comunitarios en lugar de aplicar programas en ámbitos segregados y 6) permitir la existencia de incertidumbres, contratiempos y desacuerdos, ya que son componentes inevitables del camino hacia el aumento de la autodeterminación. Una vez descrito este panorama detallaremos las diez cuestiones más importantes relacionadas con la implementación de la atención centrada en el individuo y nuestras respuestas ante ellas (Tabla 1).

### Conclusión

Esperamos que esta discusión haya ayudado a esclarecer algunos de los aspectos más confusos relacionados con la atención centrada en el individuo que sufre una enfermedad mental grave. A los lectores a quienes les resulta más fácil seguir principios generales en lugar de ejemplos específicos les planteamos la existencia de un principio general de atención centrada en el individuo del cual pueden deducirse las respuestas brindadas con anterioridad. Dicho principio deriva de la suposición básica que enuncia que los pacientes con enfermedades mentales fueron, son y serán ante todo individuos iguales a cualquier otro. Si los pacientes con enfermedades mentales son ante todo individuos, la atención centrada en el individuo que sufre una enfermedad mental es en primer lugar similar o idéntica a la atención centrada en el individuo que sufre otros cuadros. Sólo necesitamos alejarnos de este abordaje en presencia de desafíos específicos relacionados con la enfermedad o con otros aspectos de la historia vital como el antecedente de desmoralización y desesperación. Es fundamental que cualquier adaptación necesaria del proceso básico de identificación de los objetivos del individuo, de las barreras para lograrlos y del plan de acción para alcanzarlos no cambie la naturaleza del abordaje. Por el contrario, sugerimos comenzar con un enfoque a la atención centrada en el individuo que pueda ser relevante y aplicable a cualquier paciente. Luego se harán las adaptaciones requeridas por la naturaleza de la enfermedad mental específica y su impacto sobre la capacidad de participación plena del individuo en el proceso. La creación de herramientas que ayuden a los pacientes en la tarea específica de identificar y fijar objetivos y tomar decisiones propias será un área importante de trabajo en el futuro.

*Los autores no manifiestan conflictos de interés.*

**Tabla 1.** Las diez preocupaciones más importantes sobre la atención centrada en el individuo.

Categoría	Preocupación
10	Enfatizar la elección del paciente inevitablemente desvaloriza el conocimiento y la experiencia clínica. La atención centrada en el individuo que presenta una enfermedad mental no requiere que los profesionales hagan lo que el paciente pretende en mayor medida en comparación con la atención centrada en el individuo en otro tipo de enfermedad. Lo ideal sería que la atención centrada en el individuo evolucione en el contexto de una relación cooperativa donde la toma de decisiones sea compartida entre el profesional de la salud, el paciente y su familia.
9	La atención centrada en el individuo no respeta el papel y la identidad profesional. Es cierto que no todos los profesionales de la salud mental pueden ser o deberían ser competentes en cada aspecto de la atención de los pacientes con enfermedades mentales graves. Algunos profesionales se encuentran mejor entrenados para diagnosticar y tratar las enfermedades. En cambio, otros profesionales pueden tener más experiencia para generar recursos y trabajo comunitario o para aplicar psicoterapia cognitivo conductual. La cuestión principal no se relaciona con el entrenamiento que posee un determinado profesional sino con lo que necesita y desea el paciente que recibe la atención y con los beneficios que puede obtener de ella. Para que los profesionales de la salud mental puedan brindar una atención más adecuada se requerirá un nuevo encuadre centrado en el individuo más allá de su entrenamiento o actividad profesional.
8	Nosotros ya lo hacemos; nuestro modo de atención ya se encuentra centrado en el individuo. No tenemos reparo en admitir que existen profesionales compasivos y humanitarios que realizan esfuerzos para tener en cuenta al individuo. No obstante, eso no es sinónimo de atención centrada en el individuo. Más allá de escuchar de manera empática y adaptar la atención a las necesidades de cada paciente, la planificación de una atención centrada en el individuo implica el empleo de herramientas y estrategias nuevas que son desconocidas por la mayoría de los profesionales. Dichas herramientas incluyen intereses integrales y estructurados, evaluaciones exhaustivas, la inclusión de los allegados y de los representantes legales del individuo en el proceso de planificación de la atención y la articulación de objetivos claros y medibles a corto y a largo plazo. Otras cuestiones a considerar son la definición de las responsabilidades y de los pasos a seguir por los miembros del equipo terapéutico y por el paciente para lograr la recuperación. Por último se destaca la aplicación de directivas psiquiátricas, la ayuda para la toma de decisiones compartida y la asistencia para alcanzar objetivos relacionados con el empleo, la vivienda, la socialización y la educación de los pacientes.
7	En realidad, el plan de atención no es tan importante ni orienta la atención sino que se relaciona principalmente con cuestiones de acreditación y reintegro. Con frecuencia en la práctica clínica el plan terapéutico es un documento técnico que debe ser completado para satisfacer requisitos de los organismos de acreditación o reintegro pero no es de utilidad para el profesional y para el paciente que recibe la atención. En esos casos, el plan terapéutico es incluido en la historia clínica pero tiene un papel mínimo o nulo en cuanto a la orientación real del tratamiento y es infrecuente que los profesionales lo consideren la forma ideal para brindar un tratamiento. En cambio, en la planificación de la atención centrada en el individuo se enfatiza la necesidad de que el profesional y el paciente se involucren en un proceso cooperativo de exploración e identificación del propósito y los objetivos que promoverán la recuperación y aumentarán la calidad de vida del individuo. Este tipo de proceso está destinado a aumentar la utilización de los servicios que pueden resultar más beneficiosos para el paciente.
6	La atención centrada en el individuo está basada en los objetivos propios del paciente. Sin embargo, los pacientes con enfermedades mentales graves no tienen objetivos que expresar. Por el contrario, hacen lo que está a su alcance para transcurrir y sobrevivir cada día y no desean realizar cambios en sus vidas. La mayoría de los individuos no vive en términos de "objetivos" explícitos. Nosotros podríamos tener sueños y aspiraciones pero en general no nos tomamos el tiempo para desglosarlos en los diferentes pasos que se requerirán para lograrlos. Muchas personas con enfermedades mentales graves no tienen objetivos explícitos ni saben cómo responder preguntas sobre dichos objetivos. De todos modos, podrían tener ideas sobre el modo de mejorar sus vidas.
5	¿Existen pruebas que permitan demostrar que la atención centrada en el individuo es efectiva? ¿El énfasis en la utilización de prácticas basadas en pruebas no contradice los principios de la atención centrada en el individuo? La atención centrada en el individuo no supone simplemente otorgar al paciente lo que desea. En cambio, requiere que los profesionales tengan en cuenta los deseos del paciente y los consideren para brindar atención en el contexto de un proceso cooperativo de toma de decisiones donde el paciente juega un papel central. El énfasis en los valores, objetivos y preferencias del paciente está en perfecto acuerdo con los principios de la medicina basada en la evidencia.
4	La atención centrada en el individuo tiene sentido una vez que el tratamiento activo fue administrado, resultó efectivo y el paciente está en recuperación. No obstante, la mayoría de los pacientes atendidos en el sector público tiene un nivel de discapacidad demasiado elevado como para establecer objetivos y tomar decisiones propias. En consecuencia, requieren una mejoría previa. En la literatura se sostiene que gran parte de aquello que los profesionales consideran apatía, pasividad o falta de motivación en realidad se debe a la "impotencia aprendida" que resulta de años de control y toma de decisiones sobre la vida del paciente por parte de otras personas. Esto contribuye en cierta medida con la negativa del individuo ante la toma de decisiones propias o el deseo de cuidar de sí mismo. Por ende, el restablecimiento de un sentimiento de control, competencia y confianza sobre la toma de decisiones propias requerirá tiempo y será paulatino. A pesar del tiempo que requiera, es probable que dicho proceso ni siquiera comience mientras otros individuos tomen decisiones por el paciente.
3	La planificación de la atención centrada en el individuo requiere tiempo y trabajo y los profesionales tienen una cantidad de pacientes demasiado elevada como para tomarse el tiempo necesario para realizarla. Sabemos que el debate sobre los objetivos, los deseos, los puntos fuertes y las aspiraciones relacionadas con la atención puede demorar un período prolongado. No obstante, es una inversión en el contexto de un proceso cooperativo que permitirá ahorrar tiempo a mediano y largo plazo. Al centrarse en la responsabilidad y la acción del paciente, los profesionales pueden "hacer con" en lugar de "hacer por" el individuo. Desde esta perspectiva se favorece la independencia del paciente y el cambio del modelo de interacción institucional por un modelo de interacción comunitaria. El aumento del nivel de cooperación también resultará en una disminución de las luchas de poder, de las negociaciones relacionadas con la medicación y de las hospitalizaciones.
2	La atención centrada en el individuo no es coherente con el concepto de "necesidad médica" y, en consecuencia, no será reintegrada. Además, no concuerda con la regulación de nuestros organismos de acreditación. Es necesario realizar esfuerzos para reconceptualizar los planes de atención y las herramientas de documentación de modo que se centren en el individuo, tengan bases sólidas y se dirijan hacia el cumplimiento de determinados objetivos. Esto no minimiza la importancia de la enfermedad, el déficit y los problemas sino que los reubica en el contexto de la vida de la persona.
1	Al permitir que los pacientes definan sus objetivos y tomen decisiones propias se aumenta el riesgo y se expone al profesional a un nivel superior de responsabilidad. La atención centrada en el individuo no invalida la obligación ética y social del profesional de intervenir en nombre del paciente o de la comunidad ante la posibilidad de daño grave e inminente hacia el propio paciente o hacia terceros. En esos casos, al igual que en caso de un accidente automovilístico o un traumatismo cerebral, los profesionales de la salud están autorizados para intervenir en nombre del paciente sin consentimiento previo. No obstante, en psiquiatría, al igual que en otras ramas de la medicina, dichos casos son la excepción y no la regla.

# Informes seleccionados

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

## Reseñas seleccionadas

### 1 - Ideación Suicida, Autoagresión e Intento de suicidio: Resultados de la *British Psychiatric Morbidity Survey 2000*

Bebbington P, Minot S, Brugha T y colaboradores

University College London, Londres; University of Leicester, Leicester, Reino Unido

[*Suicidal Ideation, Self-Harm and Attempted Suicide: Results from the British Psychiatric Morbidity Survey 2000*]

*European Psychiatry* 25(7):427-431, Nov 2010

*Comprender la relación entre la autoagresión, el intento de suicidio y el suicidio es importante para identificar los individuos con un riesgo elevado de suicidio y aplicar medidas terapéuticas.*

La ideación suicida se define como un conjunto particular de cogniciones del cual puede emerger un acto suicida. Tanto la ideación como la conducta suicida pueden concebirse como un continuo en el cual los pacientes pueden transitar según las circunstancias. También deben considerarse los actos autoagresivos que no siempre tienen como fin el suicidio, aunque existe una asociación entre la autoagresión, el intento de suicidio y el suicidio. De hecho, la autoagresión generalmente es reiterada y esto aumenta el riesgo de episodios suicidas posteriores. Comprender la relación entre dichos fenómenos es importante para identificar a las personas con un riesgo elevado de suicidio. Ante el riesgo de ideación suicida, existen limitaciones normales e intenciones ambivalentes que protegen al individuo. Por lo tanto, la ideación suicida es más frecuente que los actos y la autoagresión, aunque dichas situaciones pueden ser indicadoras y constituir la base desde la cual emerge el suicidio.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la relación entre la ideación suicida, la autoagresión y el intento de suicidio en la población general de Gran Bretaña. La información evaluada se obtuvo de la *British National Psychiatric Morbidity Survey* (NPMS). Los autores propusieron que la ideación suicida es más frecuente que los intentos de suicidio. Por lo tanto, la probabilidad de intento de suicidio reciente sería inferior en comparación con la probabilidad de ideación suicida reciente.

#### Pacientes y métodos

La encuesta *British National Survey of Psychiatric Morbidity* fue llevada a cabo en el año 2000. Los entrevistados fueron seleccionados en forma aleatoria. De los 8 580 seleccionados respondió aproximadamente el 70%. Los entrevistadores fueron individuos experimentados pertenecientes a la *Office for National Statistics* (ONS). Las preguntas efectuadas se refirieron al antecedente de ideación, intentos de suicidio y

autoagresión. La presencia de intentos de suicidio sólo fue valorada en individuos que refirieron ideación suicida.

#### Resultados

La frecuencia de ideación suicida en la población general fue elevada. El 20.3% de la población evaluada consideró en algún momento que no valía la pena vivir. En cambio, el deseo de morir y la ideación suicida tuvieron lugar en la sexta parte de la población. Los intentos reales de suicidio se verificaron en el 4.4% de los casos. Si bien en la mayoría de los casos las conductas suicidas graves habían tenido lugar hace mucho tiempo, dos participantes refirieron intentos de suicidio durante la semana previa a la entrevista.

La relación entre los fenómenos suicidas fue significativa. En cuanto a la ideación suicida, se observó una probabilidad elevada de tedio vital. Además, el intento de suicidio fue referido con mayor frecuencia en comparación con la autoagresión. En general, los participantes que refirieron intentos de suicidio también manifestaron alguna forma de ideación suicida. No obstante, el 70% de los individuos que refirieron ideación suicida no presentaron intentos de suicidio. La autoagresión fue infrecuente y en general se asoció con alguna forma de ideación suicida. Tampoco se observó una asociación frecuente entre la autoagresión y los intentos de suicidio. Las mujeres presentaron una frecuencia estadísticamente superior de intentos de suicidio e ideación suicida en comparación con los hombres. De todos modos, la relación entre la ideación suicida y los intentos de suicidio no difirió entre ambos sexos.

#### Discusión

Los resultados obtenidos permiten indicar que los fenómenos relacionados con el suicidio son frecuentes en la población general. En cuanto a la prevalencia de ideación e intentos de suicidio, los resultados coincidieron con lo informado en otros estudios. Es posible sugerir que muchas personas que cometen actos de autoagresión no efectúan consultas médicas. Concretamente, se observó que el 52% y 50% de los entrevistados con antecedentes de intento de suicidio o autoagresión, respectivamente, buscó ayuda profesional. Esto impide la evaluación de los sujetos y la aplicación de estrategias que pueden ser importantes para disminuir el riesgo de suicidio en una cantidad numerosa de personas.

Existen elementos clave para estimular la búsqueda de ayuda en presencia de ideación suicida, como la disponibilidad de líneas de asistencia telefónica y el entrenamiento de profesionales y personal en contacto con grupos de riesgo. La evaluación de las diferentes formas de ideación suicida ayudaría a identificar a los individuos de riesgo. Debe considerarse que los factores de riesgo de conducta suicida incluyen la enfermedad mental, el desempleo, la falta de apoyo social, la soledad, las limitaciones para efectuar tareas cotidianas y los eventos vitales estresantes.

La tendencia suicida incluye los elementos cognitivos tedio vital, deseos de muerte y pensamiento suicida. Si bien dichos elementos se encuentran relacionados, el más frecuente



Información adicional en [www.siic.salud.com](http://www.siic.salud.com): otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.

fue el tedio vital. Es posible que el tedio vital se asocie con la aparición de deseos de muerte y, en última instancia, de pensamientos suicidas específicos. Además, cada forma de ideación suicida se relacionó con los intentos de suicidio que en general tuvieron lugar más de un año antes.

Entre las limitaciones del presente estudio se destaca que la información se obtuvo mediante cuestionarios autoaplicados, lo cual podría haber generado una recolección insuficiente de datos. Además, las respuestas no fueron esclarecidas con preguntas adicionales. Si bien se intentó diferenciar la autoagresión según la presencia o ausencia de intención suicida, la ambivalencia que caracteriza dicho acto puede dificultar la obtención de respuestas fidedignas. Finalmente, no se contó con información clara respecto del momento de los actos suicidas.

### Conclusión

Los pensamientos suicidas no siempre se transforman en acciones, aunque ambos se relacionan. La persistencia de dichos pensamientos en personas que cometieron actos suicidas representa un factor de vulnerabilidad ante la conducta suicida. Debe considerarse que los índices de suicidio pueden ser elevados a pesar de haber transcurrido un período considerable desde la autoagresión. Lo antedicho permite apreciar la importancia de tener en cuenta la ideación suicida como un hecho grave que debe ser indagado. Las preguntas a realizar incluyen la evaluación de la presencia de deseos de muerte, pensamiento suicida y tedio vital.

 Información adicional en [www.siicsalud.com/dato/resiic.php/119572](http://www.siicsalud.com/dato/resiic.php/119572)

## 2 - Efecto de los Criterios Diagnósticos del Trastorno de Ansiedad Generalizada Incluidos en el Borrador del DSM-V sobre la Prevalencia y Gravedad de la Enfermedad

Andrews G, Hobbs M

University of New South Wales at St Vincent's Hospital, Sydney, Australia

[The Effect of the Draft DSM-5 Criteria for GAD on Prevalence and Severity]

**Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**  
44(9):784-790, Sep 2010

*La modificación de los criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada incluidos en el DSM-V resultaría en un aumento de la prevalencia pero no modificaría en forma significativa la gravedad de los casos identificados.*

El proceso de creación de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) incluye la modificación de los criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada. La información empleada para efectuar dichas modificaciones se obtuvo mediante la consulta con expertos y la consideración de los resultados de diferentes análisis secundarios y revisiones.

Según autores como Hobbs y Borkovec, el período sintomático mínimo para diagnosticar el trastorno de ansiedad generalizada debe reducirse a tres meses. También se propuso la eliminación del criterio de dificultad para controlar la preocupación debido a su superposición con el criterio de preocupación excesiva. Por ejemplo, sólo el 4% de los preocupados comunican que su preocupación es controlable. En tercer lugar se propuso la modificación del criterio de síntomas físicos con el fin de reflejar mejor los fenómenos asociados con la preocupación que se relacionan

de manera más específica con el trastorno de ansiedad generalizada. Finalmente, se sugirió la introducción de un criterio vinculado con la afección conductual. En cuanto a los criterios D y F, la falta de información impidió la realización de recomendaciones. Tampoco se realizaron propuestas para modificar el criterio E.

Una propuesta del *DSM-V Impairment Work Group* fue modificar el nombre de la enfermedad y cambiarlo por "Trastorno por Preocupación Excesiva". De este modo se vería más reflejada la característica principal del trastorno de ansiedad generalizada, es decir, la preocupación clínicamente significativa relacionada con diferentes facetas de la vida de los pacientes.

El presente estudio se llevó a cabo con el fin de evaluar si la modificación de los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada incluidos en el DSM-V resulta en un aumento de la cantidad de pacientes que cumplirán los requisitos para recibir el diagnóstico y requerirán tratamiento. También se valoró la influencia de dicha modificación sobre la gravedad del cuadro clínico.

### Resultados

El análisis se llevó a cabo mediante información obtenida en un estudio realizado en la población clínica y en un estudio efectuado en la población general.

En el estudio poblacional se evaluó el efecto de la modificación de los criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada incluidos en el DSM-V sobre la prevalencia de la entidad. Se incluyeron 8.841 pacientes que habían solicitado tratamiento debido a la presencia de preocupación, ansiedad o nerviosismo y residían en sus hogares. Para evaluar la presencia o el antecedente de trastorno de ansiedad generalizada se utilizó la *World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview* (WMH-CIDI). Luego se seleccionaron los pacientes con antecedente de niveles elevados de preocupación, nerviosismo o ansiedad o que habían presentado dichos síntomas durante un mes como mínimo. Finalmente se adaptaron las variables evaluadas con el fin de efectuar el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada de acuerdo con los criterios incluidos en el DSM-V. Esto resultó en un aumento de la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada del 22%.

En el estudio clínico se evaluó el efecto de la modificación de los criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada incluidos en el DSM-V sobre la prevalencia y gravedad de la entidad. Se incluyeron 186 pacientes que recibían tratamiento debido a la presencia de ansiedad o depresión. El 69% era de sexo femenino y la mayoría estaba en pareja y tenía antecedentes de tratamiento psiquiátrico. Los pacientes fueron entrevistados por vía telefónica mediante una versión modificada de la WMH-CIDI con el fin de evaluar el cumplimiento de los criterios diagnósticos incluidos en el DSM-IV y en el DSM-V. También se evaluó la afección funcional y el malestar emocional generados por la enfermedad. En este caso, la disminución del criterio de duración a 3 meses o la omisión del criterio de importancia clínica resultó en un aumento de la prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada del 13%. La eliminación del criterio de dificultad para controlar la preocupación resultó en un aumento adicional de la prevalencia del 1%. Finalmente, el requerimiento de la presencia de uno de dos, o uno de tres síntomas asociados o conductuales, respectivamente, resultó en una disminución de la prevalencia del 2% al 3%.

La aplicación de la totalidad de los criterios incluidos en el DSM-V aumentó la prevalencia un 9% y la eliminación del criterio de importancia clínica se asoció con un aumento de la prevalencia del 22%. Esto también generó una disminución

del índice de concordancia con el DSM-IV. Finalmente, los autores se propusieron evaluar si los pacientes que no reunían los criterios diagnósticos incluidos en el DSM-IV pero sí reunían los criterios del DSM-V presentaban cuadros más leves. Como resultado se observó la ausencia de modificación de la gravedad del trastorno de ansiedad generalizada.

### Discusión

En el DSM-V se propone la modificación del criterio A para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada al considerar la presencia de ansiedad y preocupación excesivas vinculadas con una amplia gama de acontecimientos durante la mayoría de los días en un período de 3 meses o mayor. En cambio, en el DSM-IV dicho período debe ser de 6 meses como mínimo. En segundo lugar, en el DSM-V se elimina el criterio B incluido en el DSM-IV, es decir, la dificultad para controlar la preocupación, y se agrega la presencia de inquietud y tensión muscular. De acuerdo con los resultados obtenidos, la aplicación de dichos criterios junto con el criterio de importancia clínica resulta en un aumento de la prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada del 21% acompañado por un nivel elevado de coincidencia con el DSM-IV.

Los resultados obtenidos fueron similares ante la realización de un estudio clínico o poblacional. No obstante, en el estudio clínico se observó un aumento menor de la prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada ante la aplicación del requerimiento de uno o más síntomas conductuales. De todos modos, la coincidencia con el DSM-IV fue elevada. La eliminación del criterio E generó un aumento de la cantidad de casos y una disminución del índice de concordancia con el DSM-IV.

Entre las limitaciones del presente análisis se destaca que los criterios del DSM-IV y del DSM-V fueron aplicados en la misma entrevista. Esto podría haber aumentado la probabilidad de coincidencia entre la aplicación de ambas versiones del manual. Además, mientras que en estudio poblacional los participantes fueron entrevistados en forma personal, en el estudio clínico las entrevistas fueron telefónicas. Otra limitación posible se relaciona con la aplicación de criterios diagnósticos diferentes en ambos estudios. De todos modos, los resultados de los estudios coincidieron en gran medida. Son necesarios estudios adicionales que permitan evaluar la confiabilidad, la validez y la utilidad de la modificación de los criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada incluidos en el DSM-V.

### Conclusión

La modificación de los criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada incluidos en el DSM-V resultaría en un aumento de la prevalencia pero no modificaría en forma significativa la gravedad de los casos identificados.

 Información adicional en [www.siicsalud.com/dato/resiic.php/119074](http://www.siicsalud.com/dato/resiic.php/119074)

## 3 - Trastorno Obsesivo Compulsivo Compartido: Ampliación del Concepto de Psicosis Compartida

Mergui J, Jaworowski S, Greenberg D, Lerner V

Hebrew University, Jerusalén, Israel

[*Shared Obsessive-Compulsive Disorder: Broadening the Concept of Shared Psychotic Disorder*]

*Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 44(9):859-862, Sep 2010

---

*La folie à deux es una entidad conocida desde hace más de 150 años, infrecuente, que no se presenta exclusivamente en el contexto de las psicosis. En cambio, puede observarse en casos de trastorno obsesivo compulsivo.*

---

La *folie à deux* o psicosis compartida, entre otras denominaciones, es una entidad conocida desde hace más de 150 años. Si bien se considera un cuadro infrecuente, algunos autores sugirieron que su frecuencia es mayor de lo que se cree, especialmente si se evalúa al paciente junto a su familia. La entidad se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos similares en dos o más individuos que conviven.


El cuadro se inicia en el paciente primario, que frecuentemente padece esquizofrenia. En los pacientes secundarios, quienes adoptan el delirio del paciente primario, los cuadros suelen ser comórbidos. De todos modos, la etiología de la *folie à deux* no se comprende. Según algunos autores, el paciente secundario adopta las creencias del paciente primario con quien mantiene una relación de dependencia excesiva. La información sobre el fenómeno de *folie à deux* en ausencia de síntomas psicóticos es limitada. No obstante, se describieron casos de trastorno obsesivo compulsivo (TOC) compartido.

El presente artículo se elaboró con el fin de describir un caso de TOC compartido en una pareja.

### Caso clínico

El Sr. A es un hombre de 32 años, casado desde los 21 años, con dos hijos. Tanto él como su esposa son judíos ortodoxos. Es derivado debido al empeoramiento de sus síntomas de TOC durante el último año. No presenta antecedentes de tratamiento psicológico o psiquiátrico durante la infancia. Sus síntomas obsesivos estuvieron presentes durante años y se vincularon con la preocupación por la pureza menstrual de su esposa. Dos años antes de la consulta el paciente comenzó a presentar pensamientos obsesivos religiosos vinculados con la culpa por robar o dañar pertenencias ajenas. Un año después, comenzó a presentar una compulsión de donación de dinero que le generó ansiedad vinculada con la posibilidad de abandonar su hogar. Otra compulsión del Sr. A era regalar dulces a los niños que asistían a la guardería donde trabajaba su esposa. También se había vuelto detallista respecto del modo en el cual su esposa registraba las horas de trabajo. Este síntoma evolucionó hasta que el propio paciente registraba menos horas de trabajo con el fin de evitar el robo a los clientes, lo cual le generó problemas económicos. Al notar sus compulsiones excesivas, el paciente presentó malestar y disfunción social y laboral.

La Sra. A, de 30 años, se presentó a la consulta por sus propios medios unas semanas después de la consulta inicial de su marido. Refirió compulsiones durante las últimas 6 semanas. Su estilo de vida era solitario y mantenía una relación conyugal dependiente y pasiva, aunque era responsable por su guardería privada. No indicó antecedentes de trastornos psiquiátricos o síntomas obsesivo-compulsivos previos a su

 Información adicional en [www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com): otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.

matrimonio. En la consulta refirió pensamientos obsesivos y compulsiones de caridad y vinculadas con el registro de las horas de trabajo similares a las descritas por su marido. El cuadro apareció 6 meses después del inicio de los síntomas de su marido y tuvo una gravedad similar en comparación con dichos síntomas. Más aun, cuando la pareja compartía la misma actividad uno inducía conductas compulsivas en el otro.

En cuanto al estado mental de ambos pacientes, se los observó aliñados, colaboradores, interesados y con afectividad apropiada. El Sr. A presentaba ansiedad mientras relataba su cuadro clínico y no hacía referencia al cuadro clínico de su esposa. No se observaron síntomas psicóticos o trastornos del pensamiento. La Sra. A se presentó con una afectividad apropiada y relató su cuadro clínico con calma, calidez, espontaneidad e iniciativa propia. Mostró un nivel normal de inteligencia y fue capaz de describir sus emociones y reconocer la relación temporal entre sus compulsiones y las de su marido. No se observaron trastornos psicóticos o del estado de ánimo. Ambos pacientes presentaron conciencia acerca de la naturaleza egodistónica y la relación temporal de sus síntomas, se mostraron dispuestos a recibir tratamiento y tuvieron una actitud positiva hacia el otro.

### Tratamiento

El Sr. A recibió citalopram y no se interesó por otra modalidad terapéutica. La dosis final de la droga fue de 60 mg/día y se alcanzó luego de 8 semanas de titulación. Además fue tratado con 1.5 mg/día de clonazepam durante algunas semanas. La Sra. A estaba embarazada y no quiso recibir psicofármacos ni psicoterapia.

### Evolución

El Sr. A presentó un cuadro inicialmente grave de acuerdo con el resultado en la *Yale Brown Obsessive Compulsive Scale* (YBOCS). Luego de cuatro meses presentó gravedad subclínica. El tratamiento también se asoció con una mejoría del resultado de la *Clinical Global Impresión Scale*. Dicha mejoría fue continua durante un período de tres años de seguimiento. La Sra. A presentó un cuadro inicial de gravedad moderada que disminuyó hasta el nivel subclínico sin necesidad de tratamiento y se mantuvo estable luego de tres años de seguimiento. El seguimiento de ambos pacientes fue telefónico y permitió corroborar una mejoría gradual de las compulsiones y un apoyo mutuo.

El Sr. A continúa el tratamiento con 60 mg/día de citalopram. Si bien intentó interrumpir la medicación, dichos intentos resultaron en un empeoramiento sintomático. Mientras que las compulsiones desaparecieron, el paciente refiere en ocasiones la presencia de obsesiones de caridad leves e intermitentes. La Sra. A continúa libre de síntomas luego de más de tres años de su primera consulta.

### Discusión

Según algunos autores, la *folie à deux* no se presenta exclusivamente en pacientes psicóticos sino que puede observarse en caso de TOC. Hasta el momento no queda claro el mecanismo de inducción de síntomas en el paciente secundario. Entre las teorías propuestas se incluye la del entorno y la susceptibilidad, las teorías psicodinámicas, psicopatológicas, madurativas y de vulnerabilidad al estrés. De todos modos, ninguna de dichas teorías resulta adecuada para explicar la etiología y la patogénesis de la enfermedad.

De acuerdo con el caso descrito, el trastorno psiquiátrico compartido puede no ser psicótico. A diferencia de lo propuesto en estudios anteriores, los autores consideran que el TOC compartido es una entidad diagnóstica individual y no representa un continuo entre las obsesiones y los delirios. El caso descrito no es de fácil clasificación en el contexto de

los criterios diagnósticos vigentes. Sería de utilidad ampliar el concepto de trastorno psiquiátrico compartido con el fin de incluir formas psicóticas y no psicóticas de la enfermedad. Además, los autores sugieren que el TOC compartido debería considerarse una entidad separada del resto de los trastornos psiquiátricos. Son necesarios estudios adicionales para obtener conclusiones definitivas al respecto.

 Información adicional en [www.siicsalud.com/dato/resiic.php/119076](http://www.siicsalud.com/dato/resiic.php/119076)

## 4 - Prevención de la Trombosis Venosa Profunda ante la Aplicación de Restricción Física a Pacientes Esquizofrénicos

De Hert M, Einfinger G, Peuskens J

Catholic University, Kortenberg, Bélgica

[The Prevention of Deep Venous Thrombosis in Physically Restrained Patients with Schizophrenia]

*International Journal of Clinical Practice* 64(8):1109-1115, Jul 2010

*La restricción física es un recurso terapéutico que puede suponer un riesgo para el paciente debido a la posibilidad de deshidratación, asfisia, trastornos cutáneos y circulatorios, pérdida de fuerza y movilidad, incontinencia y trombosis venosa profunda.*

Los pacientes agresivos o peligrosos para sí o para terceros pueden requerir restricción física. Dicha contención puede definirse como la limitación del movimiento y aplicarse en diferentes contextos. Si bien constituye un recurso terapéutico, la contención puede suponer un riesgo de trastornos físicos e incluso hasta de muerte. Esto se debe a la posibilidad de deshidratación, asfisia, trastornos cutáneos y circulatorios, pérdida de fuerza y movilidad, incontinencia y trombosis venosa profunda (TVP).

La TVP se define como la presencia de obstrucción venosa parcial o completa que genera edema, distensión y dolor en un miembro inferior. El 30% de los pacientes con TVP pueden presentar un cuadro de tromboembolismo crónico y recurrente que, en el peor de los casos, se complica con tromboembolismo pulmonar. Entre los factores de riesgo de TVP se incluye la inmovilidad, los traumatismos, la cirugía, las coagulopatías, el tratamiento antipsicótico, la edad avanzada y la obesidad. Las estrategias de prevención de la TVP incluyen el ejercicio, la hidratación y el empleo de medias de compresión. En cuanto a la tromboprofilaxis, se recomienda el empleo de la heparina de bajo peso molecular o de fondaparinux, ya que son agentes seguros y efectivos cuya administración supone un riesgo menor de hemorragias en comparación con la administración de heparina no fraccionada.

En una revisión sistemática reciente se informó una asociación entre la TVP y la restricción física. Desafortunadamente, aún no existen recomendaciones para la prevención de la TVP en el contexto psiquiátrico. De acuerdo con la información disponible, la prevención de la TVP en pacientes con restricción física puede efectuarse mediante la hidratación, el empleo de medias de descanso, el ejercicio físico y la administración de heparina de bajo peso molecular. El objetivo del presente estudio fue evaluar la aplicación de medidas de prevención del tromboembolismo en pacientes esquizofrénicos tratados con antipsicóticos.

### Pacientes y métodos

El presente trabajo fue retrospectivo y descriptivo y se llevó a cabo mediante la información incluida en las historias clínicas



de los pacientes internados en el hospital psiquiátrico del *University Psychiatric Center KU Leuven Campus Kortenberg*. Los autores analizaron la información correspondiente a los episodios de aislamiento y contención y a la prevención del tromboembolismo aplicados a pacientes esquizofrénicos tratados con antipsicóticos. Todos los participantes habían sido internados entre junio de 2002 y marzo de 2009.

## Resultados

La población evaluada incluyó 467 hombres y 212 mujeres, con una edad promedio de 41.8 años y origen principalmente caucásico. El promedio de las admisiones por paciente fue 1.9 y cada internación tuvo una media de duración de 393 días. Se identificaron 472 casos de aislamiento que incluyeron una media de 2.8 episodios por paciente y una media de duración de 3.7 días. El 17.4%, 14.8% y 67.8% de los episodios tuvieron una duración de 2 a 7 días, mayor de 7 días o menor de 2 días, respectivamente. En el 37.3% de los casos los episodios de aislamiento no incluyeron restricción física, en tanto que en el 62.7% de los casos los pacientes fueron contenidos, generalmente mediante cinco puntos de fijación. El aislamiento fue más frecuente en pacientes más jóvenes y de sexo masculino.

La mayoría de los aislamientos fueron llevados a cabo durante una internación aguda. En el 68% de los casos se aplicaron medidas preventivas para evitar el aislamiento y en el 70.3% de los casos los pacientes fueron evaluados por un psiquiatra antes de ser aislados. El 40.2% de los aislamientos fueron efectuados con consentimiento de los pacientes y en el 52.3% de los casos los aislamientos tuvieron lugar en situaciones de crisis aguda. Finalmente, la ayuda adicional de personal ajeno al servicio fue necesaria en el 48.7% de los casos. Los motivos más frecuentes de aislamiento fueron la conducta desorganizada, de riesgo, destructiva o disruptiva. En cuanto a la conducta destructiva, los episodios más frecuentes incluyeron la agresión hacia el personal y, en menor medida, el daño de las instalaciones. Los pacientes recibían antipsicóticos en el momento del aislamiento, principalmente agentes atípicos.

La administración de anticoagulantes con el fin de prevenir la TVP tuvo lugar en el 38.2% de los casos. La prevención de la TVP fue más frecuente entre los pacientes aislados por más de un día o restringidos físicamente. En todos los casos, el anticoagulante administrado fue la heparina de bajo peso molecular, principalmente dalteparina y nadroparina. El tratamiento anticoagulante tuvo una media de duración de 8.5 días y resultó efectivo y seguro para prevenir el tromboembolismo. De hecho, no se registraron casos de tromboembolismo o trastornos de la coagulación.

## Discusión

En la actualidad no se reconoce en forma adecuada la posibilidad de que se produzca TVP como complicación de la restricción física de los pacientes psiquiátricos. Los resultados obtenidos permiten indicar que el aislamiento y la restricción física de estos pacientes son frecuentes y se vinculan especialmente con la presencia de conducta desorganizada y de riesgo. La aplicación de medidas preventivas de la TVP tuvo lugar en el 38.2% de los casos y consistió en la administración de anticoagulantes, especialmente en caso de restricción física de duración mayor de un día. No se registraron casos de TVP ni efectos adversos del tratamiento anticoagulante.

La administración de heparinas de bajo peso molecular resulta efectiva para prevenir la TVP en pacientes contenidos. No obstante, es necesario contar con información adicional sobre el empleo de otras medidas como la hidratación o el ejercicio físico. Asimismo, la información sobre los efectos del aislamiento y la contención es escasa a pesar del empleo

frecuente de dichas medidas terapéuticas. Según los resultados de un estudio prospectivo, los trastornos conductuales son abordados de diferente forma según el servicio de psiquiatría considerado y los recursos disponibles. No obstante, el aislamiento y la contención se asocian significativamente con situaciones de violencia y sintomatología acentuada. Es necesario contar con alternativas terapéuticas que permitan disminuir la necesidad de restricción física. Entre dichas alternativas se incluye la educación del personal, la participación de la familia en el tratamiento y la administración de drogas extra sedativas. También es importante conocer de antemano las preferencias de los pacientes y sus familiares ante un trastorno conductual grave.

Entre las limitaciones del presente estudio se destaca su diseño retrospectivo. En segundo lugar, la evaluación se llevó a cabo en pacientes internados en un solo servicio, por lo cual la generalización de los resultados no resulta adecuada. No se evaluaron los factores de riesgo de TVP ni se incluyó un grupo de referencia que no recibiera tratamiento preventivo. Son necesarios estudios adicionales que permitan evaluar la incidencia de TVP en pacientes contenidos, las consecuencias del aislamiento y la restricción y el empleo de alternativas terapéuticas en caso de alteraciones graves de la conducta.

## Conclusión

El aislamiento y la restricción física de los pacientes esquizofrénicos son frecuentes, al igual que la aplicación de medidas preventivas farmacológicas con el fin de evitar la TVP. En cambio, no se registró la aplicación de medidas preventivas alternativas. Se recomienda evitar la restricción física en la medida de lo posible e intentar el empleo de estrategias alternativas. Es necesario contar con estudios adicionales que permitan evaluar los riesgos de la restricción física y su asociación con la TVP. Asimismo, resultaría útil contar con información sobre el riesgo generado por el tratamiento antipsicótico y el efecto de otros factores de riesgo de TVP y de la aplicación de medidas preventivas alternativas.



Información adicional en  
[www.sicisalud.com/dato/resiic.php/119128](http://www.sicisalud.com/dato/resiic.php/119128)

## 5 - Conocimiento y Actitud hacia la Depresión y Adhesión al Tratamiento: la *Antidepressant Adherence Scale (AAS)*

Gabriel A. Violato C

University of Calgary, Calgary, Canadá

[*Knowledge of and Attitudes Towards Depression and Adherence to Treatment: The Antidepressant Adherence Scale (AAS)*]

*Journal of Affective Disorders* 126(3):388-394, Nov 2010

---

*Lograr la adhesión al tratamiento antidepresivo es un desafío que deben afrontar los profesionales al tratar a los pacientes que sufren depresión con el objetivo de aliviar los síntomas, prevenir las recaídas y disminuir el riesgo de suicidio.*

---

Uno de los principales obstáculos para lograr la remisión y la recuperación del funcionamiento en pacientes con depresión es el incumplimiento terapéutico.

Si bien existen numerosas revisiones sobre la adhesión al tratamiento farmacológico en la depresión, la información generalmente no es de buena calidad ni incluye una evaluación crítica de las intervenciones terapéuticas. Según lo informado en estudios controlados, la adhesión al tratamiento farmacológico y la evolución clínica son más adecuadas en

pacientes con depresión mayor que reciben un abordaje integral. En este caso, la educación sistemática y el monitoreo de la adhesión al tratamiento farmacológico se asociaron con un índice elevado de farmacoterapia de mantenimiento en comparación con la aplicación de las estrategias terapéuticas habituales.

La falta de adhesión al tratamiento es multifactorial. La identificación de los factores que contribuyen con ella es importante para aplicar intervenciones personalizadas. Morisky y colaboradores crearon una herramienta para la evaluación de la falta de adhesión al tratamiento antihipertensivo que incluye diferentes factores. En primer lugar se destaca el olvido, una causa frecuente de falta de adhesión al tratamiento que también fue mencionada en estudios sobre el tratamiento antidepresivo. De hecho, Bulloch y colaboradores informaron que el olvido de la toma de antidepresivos es el motivo más frecuente de falta de adhesión. Esto también se observó en pacientes con otras entidades como el trastorno bipolar y, en especial, en presencia de comorbilidades psiquiátricas o médicas. La falta de adhesión puede ser intencional o no intencional. Esta última se observa en casos de olvido o imposibilidad para mantener un registro del régimen terapéutico, se asocia con deterioro cognitivo y tiene lugar especialmente en pacientes ancianos. El diagnóstico y tratamiento de las comorbilidades puede mejorar la adhesión terapéutica.

La percepción de una mejoría clínica se asocia con la suspensión del tratamiento en un tercio de los pacientes. Esta situación es frecuente en caso de depresión y puede asociarse con desconocimiento, conceptos erróneos sobre la enfermedad y su tratamiento y comunicación deficiente con el profesional. El empeoramiento clínico vinculado con la aparición de efectos adversos también es una causa importante de falta de adhesión. Es fundamental que el profesional evalúe la aparición de efectos adversos e informe a los pacientes al respecto. Dichos efectos se observan en el 50% de los pacientes tratados con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Un cuadro especialmente problemático ante la administración de dichos agentes es la disfunción sexual. Otros efectos adversos que pueden generar la suspensión del tratamiento con ISRS son el aumento ponderal y la ansiedad.

La falta de adhesión intencional es otra situación a considerar que generalmente se vincula con el desconocimiento de la efectividad o la seguridad del tratamiento antidepresivo. Debe considerarse la posibilidad de estigmatización vinculada con la depresión y su tratamiento. La relación médico-paciente también influye sobre la adhesión al tratamiento. El estilo de comunicación del profesional debe favorecer el conocimiento de las características de la droga, mejorar la satisfacción con el tratamiento y la confiabilidad hacia su administración. En general, la adhesión es baja cuando el paciente percibe un daño mayor en comparación con el beneficio que supone el tratamiento farmacológico. Es necesario contar con un instrumento con características psicométricas adecuadas que permita evaluar la adhesión terapéutica en forma rápida.

La evaluación de la adhesión al tratamiento es importante para lograr una intervención efectiva. En general, el método utilizado con dicho fin es el registro de reposición de las drogas, el nivel de adhesión referido por los pacientes o la cantidad de comprimidos en poder de los enfermos. Las herramientas disponibles para evaluar la adhesión al tratamiento son escasas. De todos modos, se recomienda emplear parámetros objetivos para valorar dicha adhesión. En este sentido puede ser útil el empleo de escalas autoaplicadas o de entrevistas personalizadas.

El presente estudio se llevó a cabo con el objetivo de evaluar los factores relacionados con la falta de adhesión al tratamiento. Asimismo, se creó una escala autoaplicada, breve y confiable y se evaluó su empleo para valorar la influencia del olvido, la despreocupación y la interrupción del tratamiento antidepresivo debido al sentimiento de mejoría o empeoramiento sobre la adhesión terapéutica en pacientes ambulatorios con depresión.

### Pacientes y métodos

Participaron pacientes ambulatorios de 18 a 65 años ( $n = 63$ ) con depresión mayor unipolar o bipolar o distimia, estables desde el punto de vista clínico. La mayoría de los participantes era de sexo femenino y origen caucásico. La duración media de la depresión fue 8.9 años. El diagnóstico se confirmó mediante la *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI). También se aplicó la *Hamilton Rating Scale for Depression* (HAM-7). Todos los participantes recibían tratamiento antidepresivo. En el presente estudio también participaron psiquiatras expertos en trastornos del estado de ánimo.

La escala evaluada fue creada sobre la base de información publicada y consultas con expertos, entre otras fuentes. Los componentes incluidos en la escala fueron el olvido, la despreocupación y la suspensión del tratamiento debido a la percepción de una mejoría o de un empeoramiento clínico. La creación de la escala se llevó a cabo sobre la base de un instrumento elaborado por Morisky y colaboradores (1986) con el fin de evaluar la adhesión al tratamiento en pacientes con hipertensión. La modificación tuvo el objetivo de mejorar la confiabilidad y la variabilidad de las respuestas y minimizar el sesgo de recuerdo. Esto último se logró al limitar la evaluación a las últimas cuatro semanas de evolución.

El proceso antedicho resultó en la creación de la *Antidepressants Adherence Scale* (AAS), que incluyó las siguientes preguntas: 1) ¿Cuántas veces olvidó tomar la medicación?, 2) ¿Cuántas veces se despreocupó respecto de la toma de la medicación?, 3) ¿Cuántas veces interrumpió la toma de la medicación debido a que se sentía mejor? y 4) ¿Cuántas veces interrumpió la toma de la medicación debido a que se sentía peor? Además, todos los participantes completaron un cuestionario de opciones múltiples para evaluar el nivel de conocimiento sobre la depresión y su tratamiento y un cuestionario autoaplicado con el fin de evaluar la actitud hacia la depresión y su tratamiento.

### Resultados

La consistencia interna de la AAS fue mayor en comparación con la del instrumento original elaborado por Morisky y colaboradores. La frecuencia de omisión de la toma de antidepresivos durante el período evaluado osciló entre 0 y 20 veces. La causa más frecuente fue el olvido. El puntaje de la AAS permitió clasificar los pacientes según la presencia o ausencia de adhesión. Cada grupo estuvo integrado por 40 y 23 pacientes, respectivamente. Esta última condición tuvo lugar entre los participantes que olvidaron tomar la medicación cinco o más veces durante las últimas cuatro semanas. No se observaron diferencias entre ambos grupos en términos de edad, duración de la enfermedad y del episodio depresivo actual y cantidad de consultas psiquiátricas, entre otras variables. Los expertos consideraron que los ítem de la AAS fueron relevantes.

La evaluación llevada a cabo permitió apreciar una correlación entre el mayor nivel de conocimiento sobre la depresión y el mejor nivel de adhesión al tratamiento. También se halló una correlación significativa entre el puntaje

de la pregunta 3 de la AAS y el puntaje correspondiente a la estigmatización hacia la depresión. Finalmente, el puntaje de la pregunta 1 de la AAS se correlacionó con el puntaje de las preguntas 2 y 3. Por último, se verificó una correlación entre el puntaje de las preguntas 2 y 3.

### Discusión

Los resultados obtenidos permiten indicar que la AAS tiene un nivel adecuado de coherencia interna. La mayoría de los expertos consideraron que los ítem de la escala son relevantes para evaluar la adhesión al tratamiento. Además, la adhesión al tratamiento fue buena y tuvo lugar en el 63% de los pacientes. En coincidencia con lo informado en estudios anteriores, el olvido fue la causa más frecuente de falta de adhesión al tratamiento. No obstante, también se observó una asociación entre el estigma hacia la depresión y la interrupción del tratamiento motivada por la mejoría clínica. En cuanto a la validez de la AAS, los expertos generalmente coincidieron en cuanto a la relevancia de los ítem de la AAS. La validez también pudo apreciarse mediante la correlación positiva significativa entre el puntaje de las cuatro preguntas de la escala.

Es posible sugerir que los participantes con mayor nivel de conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento presentan una probabilidad superior de cumplimiento terapéutico. Como era de esperar, se observó una correlación positiva significativa entre la falta de adhesión y el nivel de estigma percibido, especialmente entre los pacientes que refirieron la interrupción del tratamiento asociada con una mejoría clínica. En coincidencia, otros autores informaron que hasta la mitad de los pacientes interrumpen el tratamiento antidepresivo durante los primeros tres meses debido a que se sienten mejor. Puede concluirse que la falta de adhesión al tratamiento antidepresivo se asocia con la ausencia de conocimientos sobre la depresión y su tratamiento y con la actitud negativa hacia el tratamiento antidepresivo.

Entre las limitaciones del presente estudio se destaca la inclusión de una cantidad limitada de participantes. Además, la muestra fue homogénea. Es necesario contar con estudios adicionales efectuados con una cantidad mayor y más heterogénea de participantes.

### Conclusión

La AAS resultó confiable y válida para evaluar la falta de adhesión al tratamiento en casos de depresión no psicótica. La escala permite evaluar las principales áreas vinculadas con la falta de adhesión al tratamiento y puede ser útil para la práctica profesional. Debe considerarse que la AAS es breve y simple y que su aplicación sólo consume 2 a 3 minutos. Además, no sólo es de utilidad en el ámbito psiquiátrico. De todos modos es necesario efectuar estudios adicionales para comprender los motivos de la falta de adhesión al tratamiento.

 Información adicional en [www.siicsalud.com/dato/resiic.php/119570](http://www.siicsalud.com/dato/resiic.php/119570)

## 6 - Trastorno Bipolar y Síndrome Metabólico: Perspectiva Internacional

McIntyre R, Danilewitz M, Taylor V y colaboradores

University of Toronto, Toronto, Canadá; University Health Network, Toronto, Canadá; McMaster University, Hamilton, Canadá

[*Bipolar Disorder and Metabolic Syndrome: An International Perspective*]

*Journal of Affective Disorders* 126(3):366-387, Nov 2010

*El síndrome metabólico es más frecuente entre las mujeres y los individuos de origen hispano y el riesgo de padecerlo se encuentra aumentado en presencia de psicosis y depresión mayor. Asimismo, se informó una asociación entre el síndrome metabólico y el trastorno bipolar.*

El riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes y mortalidad se asocia con la presencia de síndrome metabólico (SM), entidad caracterizada por trastornos clínicos y metabólicos. Si bien los factores de riesgo principales de SM son la obesidad abdominal y la resistencia a la insulina, el cuadro también se asocia con el sedentarismo, el envejecimiento y los trastornos hormonales, entre otros factores. Además, el SM es más frecuente entre las mujeres y los individuos de origen hispano y el riesgo de padecerlo se encuentra aumentado ante la presencia de psicosis y depresión mayor.

La información sobre las consecuencias de la coexistencia del SM con las enfermedades psiquiátricas es heterogénea. Por ejemplo, se informó que la comorbilidad entre la esquizofrenia y el SM se asocia con una probabilidad elevada de edad avanzada, origen caucásico, sexo femenino y puntaje elevado en el *Short Form* (SF). También se informó que la presencia de SM se vincula con un cuadro psiquiátrico más complicado. Se destaca que la enfermedad cardiovascular, una consecuencia del SM, es la principal causa de muerte en pacientes con trastornos psiquiátricos. Finalmente, se informó un aumento del riesgo de SM en pacientes con trastorno bipolar (TBP).

El presente estudio se llevó a cabo con el objetivo de evaluar la información disponible sobre la prevalencia de SM en la población de pacientes con trastorno bipolar (TBP).

### Métodos


Se llevó a cabo una búsqueda de estudios publicados entre enero de 2005 y julio de 2009 mediante la base de datos PubMed.

### Resultados

La búsqueda resultó en la selección de 19 estudios y un póster. A continuación se describirán los resultados según el país de realización de los estudios.

#### Estados Unidos

Según los resultados de un estudio realizado con 171 pacientes bipolares, el 30% de la muestra reunía los criterios del *National Cholesterol Education Program* (NCEP-III) para el diagnóstico de SM. Si bien dicho porcentaje no difirió significativamente en comparación con lo observado en la población general, el cumplimiento de los criterios de hipertrigliceridemia y aumento de la circunferencia abdominal fue más frecuente en la población bipolar. La comorbilidad entre el TBP y el SM se asoció con una frecuencia superior de antecedente de intento de suicidio en comparación con la ausencia de SM. También se observó una asociación entre la obesidad abdominal y el aumento de la frecuencia de intentos de suicidio. La presencia de SM no se vinculó con resultados desfavorables ante la aplicación de las escalas *Clinical Global Impression-Severity Bipolar Version* (CGI-BD) y *Global*

 Información adicional en [www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com): otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.

*Assessment of Function* (GAF) en comparación con la ausencia del trastorno.

En otro estudio se informó que la prevalencia de SM en una población de pacientes con predominio de sexo masculino fue del 49% y no difirió significativamente según el origen étnico. No obstante, la presencia de SM se observó en individuos de mayor edad. Otros estudios permitieron apreciar la asociación entre el riesgo de SM y el tratamiento con olanzapina o clozapina. Según Fiedorowicz y colaboradores, la frecuencia de cada uno de los subcomponentes del SM es superior entre los pacientes con TBP. Asimismo, la prevalencia de SM aumentó entre los pacientes tratados con antipsicóticos atípicos que generan aumento ponderal.

En un estudio efectuado en pacientes con TBP o esquizofrenia tratados con antipsicóticos atípicos se observó una prevalencia de SM del 43.2% y 45.9%, respectivamente. La frecuencia de SM no se asoció con el sexo ni con la administración de estabilizadores del estado de ánimo. Otros autores informaron una prevalencia de SM del 36% en una población de pacientes con TBP de tipo I tratados con aripiprazol. En este trabajo no se observó una modificación significativa de los componentes del SM durante un período de seguimiento de 26 semanas. Por último, la comorbilidad con el SM no tuvo valor predictivo respecto de la estabilización del estado de ánimo.

#### **Canadá**

Los resultados de un estudio efectuado por Lourenco y colaboradores permiten indicar que la prevalencia de SM en pacientes con TBP tipo I o tipo II no difiere significativamente en comparación con lo observado en un grupo control. No obstante, la obesidad abdominal, la hipertrigliceridemia y la disminución del nivel de colesterol asociado a lipoproteínas de alta densidad (HDLc) fueron más frecuentes en los casos de bipolaridad.

#### **Brasil**

En un estudio llevado a cabo con pacientes internados con diferentes trastornos psiquiátricos se informó una prevalencia de SM del 29.4%. Dicha prevalencia fue mayor en la población femenina y en pacientes con depresión mayor, seguida por el TBP y la esquizofrenia. La administración de litio y risperidona se asoció con una prevalencia elevada y baja de SM, respectivamente.

#### **Bélgica**

Según lo informado por Van Winkel y colaboradores, la prevalencia de SM en pacientes con TBP es del 16.7%. Dicho porcentaje resultó significativamente superior en comparación con lo observado en la población general. No se hallaron diferencias significativas según el sexo, aunque las mujeres presentaron una probabilidad superior de circunferencia abdominal aumentada. Además, el SM se asoció con el empleo de antipsicóticos atípicos y la mayor edad.

#### **Noruega**

La prevalencia de SM observada en un estudio efectuado por Birkenaes y colaboradores en pacientes con diferentes trastornos psiquiátricos fue del 30% en hombres y del 17% en mujeres. Asimismo, se halló una prevalencia superior en la población psiquiátrica en comparación con la población general.

#### **España**

Según Sicras y colegas, la prevalencia de SM en pacientes ambulatorios con trastorno bipolar es significativamente superior en comparación con lo observado en ausencia de TBP. No obstante, los grupos no difirieron en términos de valores de glucemia en ayunas o hipertensión. También se informó que

la prevalencia de SM aumenta significativamente en función de la edad tanto en presencia como en ausencia de TBP. Finalmente, García-Portilla informó que la prevalencia de SM en pacientes con TBP es del 22.4%, porcentaje superior en comparación con la población general. La presencia de SM se asoció con edad avanzada, sobrepeso y menor probabilidad de manía. En cambio, los grupos no difirieron en términos de puntaje en la escala CGI-S.

#### **Italia**

En un estudio efectuado con 99 pacientes internados en un servicio especializado en trastornos del estado de ánimo y de ansiedad se observó una prevalencia de SM superior en comparación con la población general. La obesidad abdominal fue el signo más frecuente, seguida por la hipertensión, la hipertrigliceridemia y la disminución del nivel de HDLc. Las variables asociadas en forma significativa con el SM fueron la edad y la obesidad. Finalmente, la prevalencia de SM no difirió significativamente según el sexo, el nivel educativo, la situación laboral, el hábito de fumar, el consumo de alcohol y el sedentarismo.

#### **Croacia**

Vuksan-Cusa evaluó una cohorte de 40 pacientes con TBP. La prevalencia general de SM fue del 27.5%. El antecedente de intento de suicidio se asoció con una frecuencia menor de SM. Asimismo, los niveles bajos de colesterol y triglicéridos se vincularon significativamente con un aumento del índice de suicidio.

#### **Turquía**

Según Yumru y colaboradores, existe una asociación entre el tratamiento con antipsicóticos atípicos o estabilizadores del estado de ánimo y la presencia de SM en pacientes ambulatorios con TBP tipo I. Además, la monoterapia antipsicótica se vinculó con una frecuencia significativamente superior de SM en comparación con la monoterapia con estabilizadores del estado de ánimo o con la terapia combinada con ambos agentes. No se observaron diferencias significativas en cuanto a la frecuencia de SM según la droga administrada, el sexo o la edad.

#### **Australia**

En un estudio efectuado con 203 pacientes con TBP tratados con antipsicóticos y otros agentes, la prevalencia de SM fue del 67%. Dicho porcentaje duplicó al observado en la población general.

#### **Nueva Zelanda**

Según Elmslie y colaboradores, la prevalencia de SM en pacientes con TBP tratados con valproato es superior en comparación con lo observado en individuos sanos. Dicha prevalencia aumentada se asoció con un nivel significativamente inferior de HDLc.

#### **Taiwán**

Chang y colaboradores informaron una prevalencia general de SM en pacientes con TBP tratados con litio, valproato o ambos del 33.9%. Dicho porcentaje fue significativamente superior en comparación con lo observado en la población general. Los hombres presentaron niveles mayores de colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad (LDLc), tensión arterial sistólica e índice cintura-cadera y valores inferiores de HDLc en comparación con las mujeres. Por último, la administración de antipsicóticos atípicos se asoció con una frecuencia significativamente superior de hipertrigliceridemia, hiperglucemia y aumento de la frecuencia abdominal en comparación con la ausencia de tratamiento antipsicótico.

## Discusión

Los resultados obtenidos permiten indicar que el TBP se asocia con la presencia de SM. En la mayoría de los casos, cada componente del SM fue anormal en presencia de TBP, especialmente la circunferencia abdominal. Además, la comorbilidad entre el SM y el TBP se asoció con un cuadro clínico más complejo, incluida la tendencia suicida, y con el empleo de psicofármacos que generan aumento ponderal. De todos modos, los resultados de los estudios evaluados fueron heterogéneos. Además, no se contó con información sobre la frecuencia de SM en pacientes sin antecedente de tratamiento con psicofármacos.

Entre los factores involucrados en la relación entre el SM y el TBP se incluyen los iatrogénicos, fisiológicos, genéticos, conductuales, económicos y vinculados con el sistema de salud. Dichos factores tendrían un efecto generalizado sin importar el país considerado. No es posible definir el papel del sexo en cuanto a probabilidad de comorbilidad entre el SM y el TBP. También debe considerarse que existen limitaciones metodológicas que impiden la obtención de conclusiones fidedignas.

Es sabido que el TBP se asocia con un aumento de la mortalidad vinculado con aspectos somáticos. Además, la entidad supone un costo económico significativo relacionado, entre otros factores, con la carga de enfermedad clínica, la utilización de servicios de salud, la mortalidad y la disfunción laboral. Por lo tanto, la aplicación de estrategias preventivas y el seguimiento vinculado con los parámetros antropométricos y metabólicos de los pacientes bipolares es importante.

Se recomienda a los profesionales evaluar los factores de riesgo metabólico en pacientes con TBP. La medición de la circunferencia abdominal es simple y puede ser de suma utilidad para el seguimiento de los pacientes. En caso de administración de antipsicóticos atípicos es fundamental valorar el peso y el índice de masa corporal al inicio y a las 4, 8 y 12 semanas de tratamiento y en forma periódica con posterioridad. La tensión arterial y la glucemia también son parámetros a valorar al inicio del tratamiento y luego en forma anual o con mayor frecuencia en pacientes con riesgo elevado de diabetes o hipertensión. El perfil lipídico se debe evaluar al inicio del tratamiento y luego en forma anual o más frecuentemente según el riesgo inicial de diabetes o hipertensión y los resultados obtenidos.

A la hora de decidir el tratamiento a administrar a los pacientes con TBP es importante considerar el perfil metabólico de las drogas. Asimismo, debe tenerse en cuenta que la combinación entre los antipsicóticos atípicos y los estabilizadores del estado de ánimo puede generar un riesgo adicional de obesidad. La combinación de antipsicóticos también supone un riesgo superior de SM y resistencia a la insulina en comparación con la monoterapia. De acuerdo con lo antedicho, es importante considerar los trastornos metabólicos preexistentes antes de administrar antipsicóticos. Además de los factores iatrogénicos, existen otros que pueden contribuir con la aparición de SM en pacientes con TBP. Por lo tanto, es importante diseñar y aplicar medidas psicoeducativas que permitan mejorar el estilo de vida. La atención interdisciplinaria es fundamental en este sentido. Son necesarios estudios adicionales al respecto.

 **+** Información adicional en [www.siiisalud.com/dato/resiiic.php/119571](http://www.siiisalud.com/dato/resiiic.php/119571)

## 7 - Estrategias para el Abordaje de los Problemas Vinculados con el Cumplimiento Terapéutico en Pacientes con Enfermedades Mentales Graves y Persistentes: Recomendaciones Elaboradas por un Consenso de Expertos

Velligan D, Weiden P, Docherty J y colaboradores

University of Texas Health Science Center, San Antonio; University of Illinois at Chicago, Chicago; Cornell University, Ithaca, EE.UU.

[Strategies for Addressing Adherence Problems in Patients with Serious Persistent Mental Illness: Recommendations from the Expert Consensus Guidelines]

Journal of Psychiatric Practice 16(5):306-324, Sep 2010

*Una vez identificados los problemas que generan el incumplimiento terapéutico es fundamental la aplicación de estrategias, destinadas a resolverlos, que se adapten a las necesidades de cada paciente. Entre esas estrategias se incluyen abordajes psicosociales, farmacológicos y programáticos.*

El resultado del tratamiento de los pacientes con enfermedades mentales graves como la esquizofrenia o el trastorno bipolar depende en gran medida del cumplimiento terapéutico. La publicación de *The Expert Consensus Guideline Series: Adherence Problems in Patients with Serious and Persistent Mental Illness* en 2009 tuvo como objetivo la evaluación y mejora del cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades mentales graves. En el presente artículo se evalúan las recomendaciones incluidas en dicho consenso correspondientes a las estrategias para la evaluación de los problemas de cumplimiento terapéutico.

### Hallazgos obtenidos en estudios de investigación

Una vez identificados los problemas que generan el incumplimiento terapéutico es fundamental la aplicación de estrategias destinadas a resolverlos y que se adapten a las necesidades de cada paciente. Entre tales estrategias se incluyen abordajes psicosociales, farmacológicos y programáticos. No obstante, su aplicación puede requerir recursos no accesibles en la práctica profesional individual. A continuación se describirán las diferentes estrategias disponibles.

### Intervenciones psicosociales y programáticas

La terapia cognitivo conductual (TCC) puede ser de utilidad aun en ausencia de conciencia de enfermedad por parte del paciente. Entre las técnicas a aplicar puede incluirse la comprensión de la perspectiva del paciente y de la resistencia ante la toma de la medicación. De este modo, el terapeuta puede ayudar al paciente a modificar pensamientos negativos automáticos. La entrevista motivacional permite valorar la motivación del paciente y modificar su conducta. Asimismo, se informó la utilidad de la TCC para mejorar el cumplimiento y la conciencia de enfermedad de los pacientes esquizofrénicos y con trastorno bipolar. La psicoeducación es otra estrategia que se aplica en dichos casos y permite comprender la relación entre las recaídas y la falta de cumplimiento terapéutico. De todos modos, los estudios sobre la utilidad de la entrevista motivacional para mejorar el cumplimiento terapéutico en caso de esquizofrenia no fueron positivos.

La terapia interpersonal y de ritmo social incluye la aplicación de entrevistas motivacionales y técnicas de TCC con el fin de mejorar la comprensión del paciente respecto de los beneficios del cumplimiento terapéutico. El compromiso obligatorio del paciente ambulatorio es otra estrategia que permitiría mejorar el cumplimiento terapéutico, aunque es

necesario contar con estudios adicionales al respecto. Entre los problemas que deben enfrentarse a la hora de intentar este tipo de compromiso se incluye la aplicación de criterios de implementación heterogéneos, la percepción de un efecto terapéutico negativo y la efectividad transitoria.

El monitoreo del tratamiento farmacológico y el apoyo del entorno incluyen la administración de las dosis, la supervisión y los recordatorios de las tomas, entre otros recursos. Una de las estrategias más promisorias al respecto es el entrenamiento cognitivo de adaptación. En este caso se emplean herramientas del entorno para mejorar el cumplimiento terapéutico y compensar el déficit cognitivo del paciente. La información disponible sobre su aplicación permite indicar una mejora del cumplimiento y una disminución del índice de recaídas.

La aplicación de consultas más frecuentes y prolongadas también puede favorecer la alianza y el cumplimiento terapéutico. Finalmente, la psicoeducación del paciente incluye estrategias que permiten incorporar información sobre la enfermedad, la medicación administrada, sus efectos adversos y su utilidad para la prevención de recaídas. De todos modos, la psicoeducación aislada no resultaría efectiva para mejorar el cumplimiento terapéutico en casos de esquizofrenia y, especialmente, en el trastorno bipolar. La inclusión de la familia del paciente también permite disminuir el índice de recaídas y mejorar la recuperación con mayor efectividad. También se menciona la aplicación de estrategias para mejorar problemas logísticos vinculados con el acceso a la medicación y monitorear la sintomatología y los efectos adversos de las drogas.

#### **Intervenciones farmacológicas**

Las intervenciones farmacológicas pueden afectar el cumplimiento terapéutico. En estos casos existen estrategias como la modificación de la dosis de antipsicóticos, el agregado de drogas antipsicóticas o de formulaciones de antipsicóticos diferentes, el monitoreo de los niveles plasmáticos de la medicación y la simplificación del esquema terapéutico. La evaluación de los efectos adversos, la modificación de la dosis para evitar su aparición y la aplicación de otras estrategias también pueden permitir la mejora del cumplimiento terapéutico. El tratamiento con antipsicóticos inyectables de acción prolongada también se asoció con una mejoría de los índices de recaída y hospitalización y con una disminución del costo del tratamiento.

De acuerdo con los resultados del estudio *First Episode Relapse* (PREFER) la aceptación del tratamiento con un antipsicótico inyectable de acción prolongada por parte de los pacientes que cursan un primer episodio psicótico es adecuada si se aplica una estrategia de psicoeducación acorde. También se informó que la principal motivación para la toma de la medicación es la relación con el médico. De todos modos, el cumplimiento del tratamiento con agentes de acción prolongada requeriría intervenciones adicionales como educar al paciente acerca de la importancia de la medicación y asociarla al alcance de los objetivos en la vida. Algunos autores informaron que los efectos adversos del tratamiento son menos importantes en términos de cumplimiento terapéutico que las creencias y actitudes del paciente hacia la medicación. Los antipsicóticos de depósito también pueden ser beneficiosos para el tratamiento de los pacientes con trastorno bipolar que no responden en forma adecuada o presentan recaídas debido a la falta de cumplimiento. Finalmente, la simplificación del régimen terapéutico podría mejorar el cumplimiento.

#### **Intervenciones multifacéticas**

Las intervenciones multifacéticas serían adecuadas debido a que la falta de cumplimiento terapéutico generalmente

involucra diferentes factores. En los enfermos con esquizofrenia, la aplicación de una estrategia integral que incluya intervenciones psicosociales y la elección adecuada de la medicación es importante. Según lo informado, el tratamiento prolongado y la alianza terapéutica adecuada favorecen el éxito terapéutico. Otras estrategias recomendadas en la esquizofrenia incluyen la optimización del tratamiento antipsicótico, la minimización de los eventos adversos, la psicoeducación y la participación familiar. En cuanto al trastorno bipolar se señaló la utilidad de las estrategias psicosociales con el fin de mejorar el cumplimiento terapéutico. Entre ellas se incluye la TCC y la educación del paciente. También se informó la utilidad de las intervenciones grupales y motivacionales y del entrenamiento en el manejo sintomático, entre otras. En general, se enfatiza la importancia de crear una relación terapéutica que permita que el paciente sea sincero respecto de la toma de la medicación prescrita por el profesional. Es fundamental destinar tiempo a la evaluación del cumplimiento terapéutico, de la motivación del paciente y de los obstáculos que impiden la adhesión terapéutica.

#### **Recomendaciones para abordar problemas específicos de cumplimiento terapéutico**

La TCC puede ser de utilidad ante la falta de conciencia de la enfermedad y de la necesidad de tratamiento. Es importante evaluar la comorbilidad con el trastorno por abuso de sustancias y optimizar el abordaje terapéutico ante la ausencia de respuesta sintomática adecuada. El monitoreo y la evaluación del apoyo del entorno son aspectos significativos. Esto incluye la resolución de los problemas logísticos aun en ausencia de trabajadores sociales disponibles. En este caso se pone de manifiesto la importancia de educar y entrenar al resto de los integrantes del equipo terapéutico. Las intervenciones programáticas como el tratamiento en servicios de rehabilitación y la hospitalización parcial pueden ser útiles para los pacientes más graves e inestables.

En casos de deterioro cognitivo se recomienda el monitoreo del tratamiento y del apoyo del entorno. Asimismo, el entrenamiento cognitivo focalizado en el cumplimiento terapéutico también disminuye el índice de recaídas y la exacerbación sintomática. El apoyo del entorno debe emplearse como herramienta siempre que se adapte a las necesidades de cada paciente. Los efectos adversos deben identificarse y resolverse en la medida de lo posible.

En cuanto a los factores sociales se destaca la importancia de mejorar la alianza terapéutica y la participación familiar. Es fundamental generar una alianza con el paciente e involucrarlo en la toma de decisiones con el fin de mejorar la satisfacción y el cumplimiento terapéutico. También existen estrategias para mejorar el cumplimiento vinculadas con el sistema de atención. Por ejemplo, debe asegurarse la comunicación telefónica con el paciente y su familia y la posibilidad de consulta o derivación de emergencia ante cualquier inconveniente. El personal debe registrar la información recabada durante la comunicación telefónica en forma adecuada. Asimismo, es importante evaluar regularmente la satisfacción del paciente y brindar el apoyo necesario. Finalmente, no deben dejarse de lado los obstáculos económicos.

En algunos casos, los pacientes no aceptan las drogas recomendadas como primera opción terapéutica pero desean recibir un agente alternativo. Si el paciente acepta un monitoreo regular y no presenta un cuadro agudo puede considerarse el empleo de otros agentes. Por ejemplo, en casos de ansiedad o insomnio puede administrarse lorazepam. La monoterapia con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) puede emplearse en pacientes


esquizofrénicos con síntomas depresivos pero no en casos de bipolaridad. Finalmente, la monoterapia con estimulantes debe evitarse debido a la posibilidad de exacerbación de la psicosis y del viraje maníaco, entre otros aspectos.

### Empleo de antipsicóticos inyectables de acción prolongada

Según los expertos consultados, los antipsicóticos de acción prolongada pueden emplearse en diferentes situaciones. Esto incluye su utilización en cualquier paciente esquizofrénico que requiera tratamiento antipsicótico a largo plazo. Al considerar el uso de antipsicóticos inyectables de acción prolongada deben tenerse en cuenta todos los agentes disponibles. Se destaca la risperidona de acción prolongada, cuyo empleo se encuentra indicado en la esquizofrenia o para la terapia de mantenimiento de los pacientes con trastorno bipolar. Las formulaciones de liberación prolongada de paliperidona y olanzapina también se encuentran aprobadas para tratar la esquizofrenia. De todos modos, el nivel de empleo de antipsicóticos de acción prolongada es bajo. Las barreras potenciales para la utilización de dichos agentes incluyen la actitud negativa de los pacientes hacia la inyección, la imposibilidad de interrumpir el tratamiento en forma inmediata ante la aparición de un efecto adverso, la frecuencia de las inyecciones y las cuestiones económicas.

### Conclusión

El cumplimiento terapéutico de los pacientes esquizofrénicos o con trastorno bipolar puede verse afectado por múltiples cuestiones. Es recomendable adaptar las intervenciones de manera tal que se logre un abordaje individualizado del problema del paciente con el fin de mejorar su evolución clínica.

 Información adicional en [www.siicsalud.com/dato/resiic.php/119568](http://www.siicsalud.com/dato/resiic.php/119568)

## 8 - Información Disponible sobre la Ansiedad y la Depresión en Ancianos

Byrne G, Pachana N

University of Queensland, Herston, Australia

[Anxiety and Depression in the Elderly: Do We Know any More?]

Current Opinion in Psychiatry 23(6):504-509, Nov 2010

*Además de la demencia, existen otras entidades psiquiátricas prevalentes en la población anciana, como la ansiedad y la depresión. La investigación al respecto es creciente, especialmente en lo referido a la depresión.*

El objetivo del presente estudio fue evaluar los hallazgos recientes sobre la depresión y la ansiedad en la población anciana.

La necesidad de contar con servicios de gerontopsiquiatría es creciente debido al envejecimiento de la población.

### Prevalencia y factores de riesgo

De acuerdo con los resultados de un estudio, los países del sur de Europa tienen un nivel superior de inequidades socioeconómicas y depresión durante la vejez en comparación con los países del norte. En otro estudio efectuado en Japón con 10 969 individuos mayores de 50 años se halló que el 21.9% y 9.3% de los participantes presentaban depresión leve a moderada y grave, respectivamente. Ambos cuadros fueron más frecuentes

entre las mujeres. Dicha frecuencia también aumentó a medida que lo hizo la edad.

Existiría una interacción entre los polimorfismos del gen del transportador de serotonina (5-HTTLPR) y la aparición de depresión, aunque los resultados de las investigaciones al respecto son heterogéneos. Según lo informado en un estudio efectuado con 1 421 pacientes franceses de 65 años en adelante, el genotipo 5-HTTLPR no interactuaría con los eventos vitales en términos de prevalencia o incidencia de depresión. De todos modos, la interacción gen-entorno es un tema de interés.

Es posible que el hallazgo de una prevalencia baja de depresión y ansiedad en estudios epidemiológicos efectuados en la población anciana se vincule con limitaciones en cuanto a la recolección de la información. Además, los ancianos presentarían episodios menos graves de depresión en comparación con la población más joven. Tanto la ansiedad como la depresión son más frecuentes en poblaciones ancianas residentes en geriátricos que en poblaciones residentes en la comunidad. Ambos trastornos se vinculan con la salud física, aunque no es posible definir una relación causal entre las diferentes enfermedades somáticas y la depresión o la ansiedad. Por ejemplo, se informó que la depresión predice la aparición de enfermedad cardiovascular y que los síntomas somáticos de ansiedad predicen la aparición de enfermedad coronaria. Asimismo, en pacientes con enfermedad de Parkinson se observó una relación entre la depresión, la gravedad de la enfermedad y la demencia. La obesidad también sería un factor de riesgo de depresión y viceversa. Otros autores informaron que los síntomas depresivos pueden predecir la aparición de deterioro cognitivo.

### Evaluación

Los resultados de un estudio efectuado por Blass y Rabins permiten indicar la necesidad de distinguir entre la depresión y la demencia frontotemporal (DFT) en pacientes ancianos. Este grupo etario se caracteriza por una frecuencia superior de depresión menor y comorbilidad con ansiedad en comparación con los pacientes más jóvenes. El *20-Item Geriatric Anxiety Inventory* (GAI) es una herramienta útil para evaluar la presencia de trastorno de ansiedad generalizada en pacientes ancianos. Además, existe una versión del GAI de cinco ítem que puede emplearse con fines clínicos y epidemiológicos. La *Geriatric Anxiety Scale* (GAS) permite evaluar los aspectos somático, cognitivo y afectivo de la ansiedad presente o pasada, aunque aún no existe información suficiente sobre su empleo. Es necesario contar con herramientas de detección sistemática para aplicar en pacientes residentes en geriátricos.

### Neuropsicología y neuroimágenes

El trastorno depresivo mayor (TDM) se asocia con una disfunción ejecutiva. En ancianos con TDM, dicha disfunción puede evaluarse mediante el *Stroop Test*. La información sobre las consecuencias de la lesión cerebral traumática en ancianos es limitada. Según lo comunicado en un estudio reciente, la edad avanzada en el momento de la lesión y el período prolongado posterior al daño se asocian con un funcionamiento cognitivo más desfavorable.

Nordanskog y colaboradores hallaron un aumento significativo y bilateral del volumen hipocámpico en pacientes deprimidos sometidos a terapia electroconvulsiva. Este hallazgo permitió sugerir que el hipocampo es una estructura importante en cuanto a la recuperación de los pacientes depresivos. Kenny y colaboradores efectuaron un estudio mediante resonancia magnética funcional (RMNF) en ancianos

con depresión reciente e individuos sanos. Como resultado observaron un aumento generalizado de la conectividad en caso de depresión y concluyeron que los ancianos con depresión presentan una alteración de la conectividad funcional cerebral.

## Tratamiento

### *Estrategias no farmacológicas*

En un metanálisis efectuado por Herring y colaboradores se observó que las sesiones de ejercicio de 30 minutos como mínimo efectuadas durante 12 semanas como máximo disminuyen la ansiedad. Otros autores hallaron que el ejercicio tiene un efecto beneficioso en caso de depresión, aunque son necesarios estudios de mejor calidad metodológica para obtener conclusiones definitivas.

### *Tratamiento farmacológico*

La comorbilidad entre la depresión y la ansiedad supondría un peor pronóstico en comparación con la depresión aislada. No obstante, Nelson y colaboradores no hallaron diferencias entre los pacientes con depresión ansiosa o no ansiosa en términos de respuesta al tratamiento antidepressivo. Otros autores efectuaron un estudio en pacientes de 75 años en adelante con depresión mayor tratados con 20 a 40 mg/día de citalopram o placebo. Los pacientes fueron evaluados mediante el *Stroop Test* con el fin de valorar la inhibición de la respuesta. El resultado indicó una interacción entre el déficit de inhibición de la respuesta y el empleo de citalopram en ancianos.

En un estudio efectuado en pacientes añosos con depresión tratados con sertralina se halló una correlación significativa entre los factores de riesgo vascular y el desempeño neuropsicológico. Además, tanto el funcionamiento neuropsicológico inicial como la presencia de hiperintensidades de la sustancia blanca predijeron el puntaje en la *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale*. Dichos hallazgos coinciden con la hipótesis vascular de la depresión durante la vejez. Los resultados de un estudio sobre el empleo de terapia electroconvulsiva en caso de depresión permiten sugerir que la aplicación bifrontal es efectiva y no afecta el funcionamiento mnemónico.

La prevalencia de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en ancianos en la comunidad disminuiría con la edad. No obstante, el empleo de antidepressivos aumentaría. Entre las explicaciones posibles de dicho aumento se incluye la prescripción ante trastornos emocionales inespecíficos. De todos modos, los profesionales deben tener en cuenta que los antidepressivos pueden generar hiponatremia y aumentar el riesgo de caídas.

### **Perspectivas futuras**

Los duelos son frecuentes en pacientes ancianos. Asimismo, la vejez se asocia con un aumento de la prevalencia de depresión crónica. Se propone que al elaborar los criterios para el diagnóstico de depresión mayor a incluir en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) se omita el criterio de exclusión vinculado con el duelo. Esto se debe a que la depresión observada en dicho contexto es similar a la observada ante otros eventos vitales y responde al tratamiento antidepressivo habitual. También se propone la creación de una nueva entidad, el trastorno depresivo crónico, que abarcaría la distimia y la depresión mayor crónica. Dichos cambios serían especialmente útiles para la población anciana. En cuanto a los trastornos de ansiedad, se propuso el acortamiento del criterio de duración para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada. Asimismo, el criterio A1 para el diagnóstico de trastorno por estrés

postraumático debería ser más explícito. En este caso se sugiere la utilidad de eliminar el criterio A2. De todos modos, dichas modificaciones no tienen consecuencias vinculadas específicamente con la edad.

## Conclusión

En la actualidad se llevan a cabo diferentes investigaciones sobre la depresión durante la vejez. No obstante, aún no se cuenta con información suficiente al respecto.

 Información adicional en [www.siicsalud.com/dato/resic.php/119573](http://www.siicsalud.com/dato/resic.php/119573)



Información adicional en [www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com): otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.



## Novedades seleccionadas

### 9 - Analizan la Efectividad de la Olanzapina Sola o Combinada con Otras Drogas para el Trastorno Bipolar

González-Pinto A, Vieta E, Haro J y colaboradores

*Journal of Affective Disorders* 131(1-3):320-329, Jun 2011

El tratamiento de los pacientes con trastorno bipolar (TBP) es difícil debido a la presencia de recaídas y recurrencias, síntomas residuales, comorbilidades e incumplimiento terapéutico, entre otros motivos. A pesar de la existencia de recomendaciones para el tratamiento de los pacientes bipolares, la práctica clínica generalmente difiere de lo aconsejado. La olanzapina es un agente indicado para la monoterapia o la terapia combinada de los pacientes con TBP tipo I que cursan episodios agudos maníacos o mixtos. Asimismo, se utiliza como monoterapia de mantenimiento de los pacientes que respondieron al tratamiento agudo.

Los estudios observacionales pueden brindar información relevante sobre el uso de las drogas en el "mundo real" de los pacientes con trastorno bipolar (esto es, sin excluir comorbilidades o riesgo suicida, incluyendo dosis flexibles y de rango amplio, a través de distintos grados de gravedad de la enfermedad). El estudio prospectivo y observacional *European Mania in Bipolar Longitudinal Evaluation of Medication* (EMBLEM) tuvo una duración de dos años. El objetivo principal de su realización fue comparar la efectividad de la olanzapina frente a la ausencia de su empleo en pacientes con TBP que presentaban un episodio índice maníaco o mixto. De acuerdo con los resultados de la fase aguda del estudio, un tercio de los pacientes tratados con olanzapina recibieron la droga como monoterapia, en tanto que el resto fue tratado con olanzapina en combinación con anticonvulsivos, antipsicóticos o litio. Según Vieta y colaboradores, la efectividad de la monoterapia con olanzapina se asemeja a la eficacia de la terapia combinada. No obstante, esta última tiene la desventaja de asociarse con una cantidad superior de efectos adversos, principalmente acatisia, temblor y sedación.

El presente análisis de los resultados del estudio EMBLEM tuvo como objetivo comparar la mejoría, la remisión, la recuperación y las recaídas de los pacientes ambulatorios tratados con monoterapia o terapia combinada con olanzapina. El período de seguimiento tuvo una duración de dos años a partir de un episodio índice maniaco o mixto y la metodología empleada se correspondió con un análisis por intención de tratar característico de los estudios clínicos. En segundo lugar se aplicó una metodología observacional con el fin de considerar el cambio de medicación a la hora de analizar los resultados.

El estudio EMBLEM se llevó a cabo en Europa e incluyó una fase aguda y un período de mantenimiento de 12 semanas y 24 meses de duración, respectivamente. Participaron pacientes que cursaban un episodio maníaco o mixto y requerían el inicio del tratamiento o el reemplazo de una droga por otra. El presente análisis se restringió a la terapia de mantenimiento de los pacientes tratados con olanzapina sola o combinada con litio, antipsicóticos o anticonvulsivos desde el final de la semana 12 de estudio. Las decisiones terapéuticas se correspondieron con el criterio del profesional tratante. No se restringió el empleo de antidepresivos u otros agentes y

se incluyeron pacientes con comorbilidad o con abuso de sustancias.

Se recabó información sociodemográfica y vinculada con los antecedentes psiquiátricos, las características del trastorno y el desempeño de los pacientes. La gravedad sintomática se valoró mediante la escala *Clinical Global Impression-Bipolar Disorder* (CGI-BP). También se consideró la presencia de delirios y alucinaciones. La gravedad de la manía y la depresión se evaluó mediante la *Young Mania Rating Scale* (YMRS) y la *Hamilton Depression Rating Scale* de 5 ítem (HAMD-5), respectivamente. La tolerabilidad del tratamiento fue evaluada en cada consulta. Se prestó especial atención a la aparición de distonías, acatisia, parkinsonismo, discinesias tardías, sedación y trastornos mnemónicos y de concentración, entre otros. Finalmente, se valoró el cambio medio del peso corporal.

La fase de mantenimiento se dividió en cuatro períodos que transcurrieron desde la semana 12 hasta los 6 meses, desde los 6 hasta los 12 meses, desde los 12 hasta los 18 meses y desde los 18 hasta los 24 meses de estudio. La mejoría clínica se definió en presencia de una disminución de dos puntos en el resultado de la CGI-BP. Las recaídas se consideraron ante el aumento del puntaje total de la CGI-BP, la internación o la notificación de recaída por parte del psiquiatra tratante. La remisión se definió como la obtención de 1 o 2 puntos en la CGI-BP en dos visitas consecutivas y la ausencia de recaídas o necesidad de internación. Finalmente, el paciente se consideró recuperado en caso de remisión y desempeño funcional adecuado.

De 2 416 pacientes elegibles para participar del período de seguimiento de 2 años, un total de 1 076 (45%) recibían olanzapina a las 12 semanas de estudio, como monoterapia o en combinación con otros fármacos. Este grupo presentó una frecuencia superior de delirios o alucinaciones durante el episodio índice en comparación con los pacientes no tratados con la droga. Asimismo, los pacientes tratados con olanzapina tuvieron una frecuencia inferior de convivencia con un compañero, un nivel inferior de descontento con la vida y un nivel superior de cumplimiento terapéutico. El tratamiento con olanzapina también se asoció con una probabilidad menor de episodio depresivo o mixto a las 12 semanas de estudio y con una frecuencia menor de prescripción de antidepresivos, anticolinérgicos e hipnóticos. Otra característica de los pacientes tratados con olanzapina fue un nivel menor de depresión y de sintomatología bipolar en general y un puntaje superior correspondiente a los delirios y las alucinaciones a las 12 semanas de estudio.

El 29.1% y 70.9% de los pacientes tratados con olanzapina recibieron la droga en forma de monoterapia o en combinación con antipsicóticos, anticonvulsivos o litio. En el 92% de los casos la droga había sido prescrita al inicio del tratamiento. Además, la mayoría de los pacientes tratados con monoterapia o terapia combinada recibieron dicha modalidad terapéutica desde el inicio del estudio. La monoterapia se asoció con el empleo de una dosis media de olanzapina significativamente inferior en comparación con el tratamiento combinado [ $12.4 \pm 6.0$  mg vs.  $14.4 \pm 12.8$  mg, respectivamente,  $p = 0.001$ ]. En este último caso, la mayoría de los pacientes recibía dos drogas. La combinación de olanzapina con valproato fue la más frecuente y tuvo lugar en el 27.8% de los casos. En cuanto a la combinación con litio, otros anticonvulsivos, antipsicóticos típicos o atípicos, la frecuencia fue 20.3%, 19.7%, 5.9% o 0.7%, respectivamente. Los grupos no difirieron en cuanto a la frecuencia de empleo de benzodiazepinas. En cambio, los pacientes tratados con monoterapia recibieron hipnóticos no



Información adicional en [www.sicisalud.com](http://www.sicisalud.com): otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.

benzodiazepínicos con mayor frecuencia en comparación con el grupo que recibió tratamiento combinado. Respecto del uso de anticolinérgicos, se verificó una frecuencia superior entre los pacientes que recibieron terapia combinada.

La terapia combinada fue más frecuente en los pacientes más jóvenes, que habían sufrido una cantidad mayor de episodios maníacos o mixtos el año previo, internados en el inicio, con un índice de masa corporal superior, episodios agudos más breves y menos síntomas depresivos al inicio del estudio. En cambio, la monoterapia fue más frecuente en pacientes con episodio mixto en el basal y sin antecedentes de tratamiento farmacológico.

Luego de 12 semanas de estudio, los pacientes que recibieron terapia combinada presentaron una probabilidad superior de vivir en residencia dependiente, tener algún grado de disfunción laboral y empleo de anticolinérgicos en comparación con el grupo restante. En cambio, la frecuencia de empleo de hipnóticos no benzodiazepínicos fue inferior en dicho grupo. No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en términos de gravedad sintomática o presencia de comorbilidades.

El estudio de la población por intención de tratar no reveló diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto al tiempo transcurrido hasta la interrupción del tratamiento con olanzapina. Respecto de la evolución a largo plazo, el 77% y 67.2% de los pacientes tratados con monoterapia o terapia combinada presentaron remisión luego de 2 años de seguimiento, respectivamente. El tiempo promedio para la remisión fue 281 y 428 días para monoterapia y terapia combinada, respectivamente. La frecuencia respectiva de recaídas luego de 2 años fue 40.8% con monoterapia y 46.8% con terapia combinada ( $p = 0.027$ ). No se verificaron diferencias significativas entre ambos grupos respecto del tiempo transcurrido hasta la mejoría y la recuperación. Al considerar las características de los pacientes al inicio y a las 12 semanas de estudio, no se hallaron diferencias significativas de evolución a largo plazo entre ambos grupos.

El estudio observacional arrojó resultados similares en comparación con los obtenidos mediante el análisis por intención de tratar. Concretamente, no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en términos de tiempo transcurrido hasta la interrupción, la mejoría y la recuperación. No obstante, la terapia combinada se asoció con una recuperación más rápida y con un período menor hasta la aparición de recaídas. No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la cantidad de pacientes que continuaron el tratamiento. El 52.7% y 47.7% de los pacientes continuaron el tratamiento con olanzapina como monoterapia o en combinación con otra droga, respectivamente, durante el período de seguimiento.

La terapia combinada se asoció con una frecuencia significativamente superior de temblores y disfunción sexual. Asimismo, dicho grupo presentó una frecuencia elevada de acatisia, trastornos gastrointestinales, temblor, disfunción sexual y poliuria/nocturia durante el período de seguimiento en comparación con el grupo que recibió monoterapia. Finalmente, el cambio ponderal medio fue superior entre los pacientes tratados con monoterapia en comparación con los que recibieron olanzapina combinada con otra droga.

Los resultados obtenidos permiten indicar que a la hora de tratar a los pacientes con TBP, el empleo de olanzapina tiene lugar como monoterapia o en combinación con otras drogas. Ambas modalidades terapéuticas resultaron efectivas en la práctica clínica. De hecho, no fue posible indicar la superioridad de alguna de las modalidades al considerar la mejoría, la remisión, la recuperación y las recaídas. En coincidencia con lo informado en estudios anteriores, es posible sugerir que la prescripción de olanzapina para la

terapia de mantenimiento de los pacientes con TBP se vincula con la presencia de determinadas características durante el episodio índice. La monoterapia con olanzapina resultó superior frente a la terapia combinada en términos de tolerabilidad. No obstante, se asoció con un nivel significativamente superior de aumento ponderal.

La ausencia de diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la gravedad de la manía y de la sintomatología general tanto al inicio como a las 12 semanas de tratamiento permite indicar que dichos parámetros no influyen significativamente sobre la elección de la modalidad terapéutica a largo plazo. En cambio, la duración más prolongada de la enfermedad, la mayor gravedad y el nivel más elevado de disfunción favorecerían la elección de la terapia combinada durante la fase de mantenimiento. Otro hallazgo a destacar es la continuidad de la modalidad terapéutica inicial durante la fase de mantenimiento. Esto permite indicar que los profesionales generalmente conservan durante la fase de mantenimiento del tratamiento de los pacientes con TBP el esquema terapéutico escogido en la fase aguda, especialmente si fue efectivo.

Según los resultados de otros estudios, la terapia combinada es la modalidad más frecuente en el TBP. Los resultados de estudios recientes permiten indicar que la combinación de la olanzapina con otras drogas es efectiva en pacientes con manía bipolar aguda y puede ser más beneficiosa en comparación con la monoterapia. No obstante, debe considerarse la posibilidad de disminución de la tolerabilidad y de la seguridad del tratamiento asociada con la combinación de las drogas. Si bien se recomienda combinar la olanzapina con litio o valproato para la terapia a largo plazo de los pacientes bipolares, es necesario contar con estudios adicionales sobre la combinación de olanzapina y otras drogas. Los resultados de estudios anteriores permiten indicar que la olanzapina es útil para prevenir las recaídas de los pacientes con TBP, especialmente aquellas de características maníacas.

Entre las limitaciones del presente estudio se destaca la existencia de variables no consideradas que podrían haber influido sobre los resultados obtenidos. Dado que los pacientes incluidos fueron invitados a participar por los psiquiatras tratantes, es posible que haya existido un sesgo de selección y que los pacientes no hayan sido representativos de la población con TBP tratada en la práctica clínica. La clasificación de los pacientes se llevó a cabo según el esquema terapéutico administrado a las 12 semanas de estudio. No obstante, existe la posibilidad de cambios terapéuticos posteriores no contemplados. Por último, la comparación de los resultados obtenidos en el presente y otros estudios se ve limitada por la aplicación de definiciones diferentes de remisión, recuperación y recaída.

La olanzapina es efectiva y bien tolerada para el tratamiento a largo plazo de los pacientes bipolares que presentan un episodio agudo maníaco o mixto, tanto como monoterapia o en combinación con anticonvulsivos, antipsicóticos o litio. La prescripción de olanzapina sola o combinada con otros agentes se encuentra influida por las características de los pacientes observadas durante el episodio índice. Por último, debe considerarse que la monoterapia se asocia con una incidencia significativamente menor de efectos adversos, en comparación con la terapia combinada.

## 10 - La Duloxetina es un Antidepresivo Seguro y Bien Tolerado

Bitter I, Filipovits D, Czobor P

Expert Opinion on Drug Safety May 2011

En la actualidad, el tratamiento agudo y a largo plazo de los pacientes depresivos consiste principalmente en el empleo de fármacos antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRNS). Ambas clases de antidepresivos tienen eficacia similar pero resultan mejor tolerados en comparación con los agentes de primera generación, es decir, los inhibidores de la monoaminoxidasa y los antidepresivos tricíclicos.

Tanto la noradrenalina como la serotonina intervienen en la modulación de las emociones, el funcionamiento cognitivo y el dolor. La duloxetina es un IRNS que se emplea en dosis de hasta 120 mg/día, aunque no existe información que indique beneficios al administrar más de 60 mg/día. La tolerabilidad del tratamiento puede mejorarse al administrar una dosis inicial de 30 mg/día. En primer lugar, la droga fue aprobada para el tratamiento de los pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM). Con posterioridad se autorizó su empleo en caso de trastorno de ansiedad generalizada, dolor neuropático periférico diabético, incontinencia urinaria asociada al estrés y fibromialgia. Finalmente, en noviembre de 2010 la duloxetina fue aprobada para tratar a los pacientes con dolor musculoesquelético crónico, incluida la incomodidad por osteoartritis y dolor crónico de la columna lumbar. El objetivo de la presente revisión fue evaluar los efectos adversos de la duloxetina en pacientes con depresión.

La duloxetina tiene una farmacocinética lineal y es dependiente de la dosis. Se absorbe rápidamente al ser administrada por vía oral, tiene una biodisponibilidad del 32% al 80% y una vida media de 12 horas. La unión de la duloxetina a las proteínas plasmáticas es elevada y su metabolismo se encuentra a cargo de las isoenzimas 2D6 y 1A2 del citocromo P450 (CYP450). Dicho metabolismo genera compuestos inactivos que son excretados principalmente por vía urinaria. Debido a la posibilidad de interacciones, no se recomienda administrar duloxetina en combinación con drogas que inhiban a las isoenzimas CYP1A2 y CYP2D6, como la fluvoxamina o la paroxetina, respectivamente. Por otro lado, la duloxetina inhibe la CYP1A2 y la CYP2D6. Si bien la inhibición de la CYP1A2 no tendría consecuencias significativas, en el segundo caso se recomienda precaución al emplear la droga junto con sustratos de la enzima. Finalmente se destaca el riesgo de síndrome serotoninérgico y de hemorragias al combinar la droga con agentes serotoninérgicos o anticoagulantes, respectivamente.

De acuerdo con la información disponible, el 0.4% y el 0.6% de los pacientes con TDM que reciben duloxetina presentan ideación suicida o intentos de suicidio, respectivamente. En un análisis conjunto de los resultados de ocho estudios aleatorizados y controlados, la frecuencia de suicidio asociada con la administración de duloxetina o placebo fue 0.09% y 0.13%, respectivamente. Finalmente, otros autores analizaron los resultados de diferentes estudios y hallaron una frecuencia de ideación suicida e intentos de suicidio del 0.1%. Los autores enfatizan que la mayoría de los pacientes que se suicidan sufren TDM y no reciben un tratamiento adecuado y que el suicidio no constituye un efecto adverso de los antidepresivos. Finalmente se destaca que la bipolaridad y los estados mixtos se vinculan significativamente con el suicidio.

Los resultados de un análisis conjunto de ocho estudios de fase aguda permiten indicar que el 0.2% de los pacientes tratados con duloxetina presentan viraje maniaco o hipomaníaco. En otros estudios se hallaron frecuencias de viraje del 0% y 0.1% ante la administración de duloxetina o placebo, respectivamente. En un estudio efectuado en 125 pacientes adultos con TDM que no habían alcanzado la remisión y recibieron duloxetina a largo plazo, la interrupción vinculada con la aparición de hipomanía o manía se observó en un paciente tratado con 120 mg/día de la droga. Ningún paciente tratado con 60 mg/día de duloxetina presentó viraje maniaco o hipomaníaco. La frecuencia baja de hipomanía asociada con la administración de duloxetina a largo plazo también se informó en otros estudios. De todos modos, se recomienda precaución al emplear la droga en pacientes con antecedente de manía.

Los efectos adversos gastrointestinales más frecuentes de la duloxetina son las náuseas, los vómitos, la diarrea, la constipación, la disminución del apetito y la dispepsia. No se hallaron diferencias significativas entre la duloxetina y otros antidepresivos como la fluoxetina y la paroxetina en cuanto a la incidencia de náuseas, a pesar de la administración de dosis relativamente superiores de duloxetina. En comparación con la venlafaxina, la duloxetina provocó náuseas con mayor frecuencia en las primeras 6 semanas de tratamiento (43.6 vs. 35%,  $p \leq 0.05$ ). En cambio, la frecuencia de insomnio, vómitos y fatiga fue significativamente superior durante la interrupción de la venlafaxina. En un estudio de comparación entre la duloxetina y la quetiapina se halló que este antipsicótico genera xerostomía, sedación y somnolencia con mayor frecuencia en comparación con la duloxetina. En cambio, el antidepresivo provocó náuseas, cefaleas y diarreas más frecuentemente que la quetiapina, aunque se asoció con un índice de interrupción más bajo. La administración de duloxetina puede generar un aumento leve y transitorio del nivel de enzimas hepáticas. También se informaron casos extremadamente raros de hepatitis, ictericia e insuficiencia hepática. Según la *Food and Drug Administration* (FDA) y la *European Medicines Agency* (EMA), la duloxetina no debe administrarse en presencia de afecciones hepáticas.

La administración de duloxetina se asoció con un aumento significativo de la frecuencia cardíaca en comparación con la administración de placebo (1.6 vs. -0.6 latidos por minuto). Lo mismo se verificó al evaluar la tensión arterial sistólica durante la etapa aguda de tratamiento (1 vs. -1.2 mm Hg). De todos modos, dichos hallazgos no fueron considerados relevantes desde el punto de vista clínico. En general, no se observaron cambios estadísticamente significativos de los parámetros electrocardiográficos. La duloxetina no difirió significativamente frente a la paroxetina en términos de hipertensión sostenida o frecuencia cardíaca. Finalmente, la venlafaxina generó más casos de elevación sostenida de la tensión arterial diastólica en comparación con la duloxetina durante las primeras semanas de tratamiento ( $p = 0.047$ ).

Al igual que otros antidepresivos, la duloxetina puede generar una incidencia significativamente superior de efectos adversos sexuales en comparación con el placebo. Dichos efectos incluyen la disminución del deseo y la libido, entre otros, y se vinculan con la estimulación de los receptores 5-HT<sub>2</sub> y 5-HT<sub>3</sub> a nivel del sistema nervioso central y con el efecto de la serotonina sobre la síntesis de óxido nítrico. La detección de efectos adversos sexuales no es simple debido a que los pacientes no siempre refieren este problema espontáneamente. Con el fin de obtener información más precisa pueden aplicarse herramientas como la *Arizona Sexual Experience Scale*, el *Changes in Sexual Functioning*

*Questionnaire Clinical version, la Derogatis Interview for Sexual Functioning-Short Report y el Rush Sexual Inventory.*

De acuerdo con los resultados de diferentes estudios, la duloxetina genera índices significativamente inferiores de efectos adversos sexuales en comparación con la paroxetina. Además, la diferencia entre la duloxetina y el placebo en cuanto a la aparición de trastornos sexuales disminuyó a medida que transcurrió el tiempo. Se propuso que los trastornos sexuales se vinculan en mayor medida con la sintomatología depresiva que con el tratamiento antidepresivo. Entre las estrategias para tratar los efectos adversos sexuales vinculados con el tratamiento antidepresivo se incluye el cambio de droga y la disminución de la dosis.

La duloxetina puede emplearse en caso de incontinencia urinaria asociada a estrés ya que aumenta el tono del esfínter uretral femenino. No obstante, este efecto también puede provocar retención urinaria (0.4%). De todos modos, no se informó la necesidad de sondaje vesical vinculada con este efecto adverso.

La administración de duloxetina puede disminuir el apetito y el peso corporal (~ 0.4 kg) al inicio del tratamiento. No obstante, el cambio ponderal a largo plazo (~ 0.8-1.1 kg) no difiere significativamente del observado al inicio del tratamiento y es mínimo en comparación con el verificado al administrar otras drogas como la paroxetina.

La administración de duloxetina no afecta el perfil glucémico y se asocia con una probabilidad inferior de afección del perfil lipídico en comparación con el empleo de otros antidepresivos. No obstante, se informó que la droga puede generar un cambio significativo aunque irrelevante desde el punto de vista clínico de los niveles de bicarbonato, colesterol y enzimas hepáticas durante el tratamiento agudo. Dichos cambios tienden a ser pequeños, estar dentro del rango considerado como normal, no son clínicamente relevantes en comparación con placebo y tienden a desaparecer a largo plazo. Si bien la FDA no recomienda exámenes de laboratorio específicos para el tratamiento con duloxetina, se sugiere evaluar la elevación de las enzimas hepáticas con el fin de prevenir la hepatotoxicidad, aunque dicho efecto adverso es infrecuente.

Los eventos adversos de la duloxetina vinculados con el sistema nervioso central incluyen los mareos, la somnolencia y las cefaleas. Otros cuadros informados son la fatiga, el temblor, la constipación y la hiperhidrosis. Los eventos adversos más frecuentes incluyen náuseas, cefaleas, xerostomía, insomnio, constipación y mareos. En general, las náuseas, los mareos y la diarrea disminuyen a medida que transcurre el tratamiento. Finalmente, en la mayoría de los casos los eventos adversos tienen lugar durante las primeras semanas de tratamiento y disminuyen con el transcurrir del tiempo.

La interrupción abrupta del tratamiento con duloxetina puede generar mareos, cefaleas, parestesias, vómitos, irritabilidad, pesadillas, ansiedad e insomnio. En pacientes ancianos, los cuadros más frecuentes asociados con la interrupción fueron los mareos, la ansiedad, las cefaleas y el insomnio. Dichos eventos adversos se asemejan a los observados ante la interrupción del tratamiento con otros IRNS o con ISRS, aunque en un estudio se informó que la interrupción del tratamiento con venlafaxina genera más síntomas que la interrupción del tratamiento con duloxetina. Se recomienda disminuir la dosis en forma paulatina con el fin de reducir la probabilidad de aparición de efectos adversos.

La frecuencia de eventos adversos no difirió significativamente entre los pacientes de origen afroamericano, caucásico e hispano tratados con duloxetina. En cambio, se informó una incidencia superior de xerostomía en la población

caucásica en comparación con la población no caucásica tratada con duloxetina. En cuanto al sexo, la población femenina presentó una incidencia significativamente superior de náuseas en comparación con la población masculina, aunque esto se observó tanto al administrar duloxetina como al administrar placebo. Los resultados de algunos estudios indicaron la ausencia de diferencias en términos de perfil de eventos adversos según la edad de los pacientes. En coincidencia, la FDA y la EMA no recomiendan ajustar la dosis de duloxetina de acuerdo con la edad. La información sobre la seguridad del tratamiento en niños y adolescentes es limitada. De hecho, la droga no se encuentra aprobada para el tratamiento de dicho grupo etario. Se recomienda evaluar los riesgos vinculados con el empleo de duloxetina en niños y adolescentes y monitorear la aparición de ideación o conducta suicida.

Los resultados de estudios efectuados con animales de experimentación permiten indicar que la duloxetina no tiene efectos teratogénicos. No es posible estimar el riesgo vinculado con el empleo de la droga en embarazadas. Se describió un caso de ausencia de toxicidad en una embarazada tratada con duloxetina durante la segunda mitad de la gestación. En este caso no se observaron consecuencias negativas al administrar duloxetina durante la lactancia. En cambio, la administración de duloxetina a otra paciente embarazada se asoció con la aparición de síntomas como hipotonía muscular, llanto débil, distrés respiratorio y convulsiones en el recién nacido. Dada la ausencia de información, se desaconseja el tratamiento con duloxetina durante la lactancia. Asimismo, la droga sólo debe emplearse en pacientes embarazadas si se considera estrictamente necesario. El parámetro más relevante a la hora de decidir la administración de psicofármacos a las embarazadas es la gravedad de la depresión, ya que la ausencia de tratamiento tiene consecuencias negativas significativas.

La sobredosis es una forma de intento de suicidio observada en pacientes con depresión que, en cerca del 14% de los casos, involucra el consumo del antidepresivo prescrito. Hasta el momento sólo se registraron pocos casos de sobredosis de duloxetina, en su mayoría no fatales. De hecho, los casos fatales tuvieron lugar ante la sobredosis combinada de duloxetina y otras drogas. Debe considerarse que la duloxetina es relativamente segura en caso de sobredosis. Los síntomas más frecuentes incluyen somnolencia, vómitos, síncope, hipotensión, hipertensión, taquicardia, síndrome serotoninérgico y coma. En caso de sobredosis se recomienda aplicar medidas de apoyo y destinadas a limitar la absorción de la droga, además de tratar complicaciones como el síndrome serotoninérgico.

La duloxetina es un antidepresivo seguro y bien tolerado. Dichas características se observan a pesar de la edad avanzada o la presencia de comorbilidades.

 Información adicional en [www.siicsalud.com/dato/resic.php/123334](http://www.siicsalud.com/dato/resic.php/123334)



Información adicional en [www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com): otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.

## 11 - Describen las Ventajas de la Duloxetina en Términos de Adhesión y Persistencia Terapéutica

Wang J, Liu X, Mullins C

*Current Medical Research and Opinion* 27(7):1303-1313, May 2011

El trastorno depresivo mayor (TDM) es una entidad con consecuencias negativas significativas cuya prevalencia a lo largo de la vida en la población general estadounidense varía entre el 13.3% y el 17.1%. El dolor crónico y la depresión se relacionan en forma bidireccional. En caso de dolor crónico, la aparición de depresión puede afectar el umbral de dolor. Asimismo, el tratamiento analgésico se asocia con un aumento del índice de remisión de la depresión. En coincidencia, la fisiopatología de la depresión y el dolor se vincula con vías neurobiológicas similares.

El inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) escitalopram y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRN) venlafaxina de liberación prolongada (XR) y duloxetina son antidepresivos que no tenían formulaciones genéricas disponibles en el momento de realización del presente análisis. La duloxetina fue el único de dichos agentes aprobado por la *Food and Drug Administration* (FDA) para el tratamiento de las enfermedades relacionadas con el dolor, como la fibromialgia. Hasta el momento no se llevaron a cabo comparaciones directas entre los antidepresivos empleados en pacientes con TDM en comorbilidad con enfermedades por dolor crónico (EDC). La obtención de información al respecto será de utilidad para la práctica clínica.

Tanto la adhesión como la persistencia terapéutica son importantes a la hora de tratar a los pacientes con depresión. A propósito, la adhesión terapéutica es fundamental para prevenir las recurrencias y las recaídas y controlar el costo del tratamiento. Además, la adhesión al tratamiento antidepresivo se asocia con adhesión al tratamiento de las entidades comórbidas.

En el presente estudio retrospectivo, observacional y de cohortes se comparó la adhesión y la persistencia terapéutica en pacientes con TDM y EDC tratados con duloxetina, venlafaxina XR o escitalopram. El objetivo fue distinguir los antidepresivos en términos de probabilidad de continuidad del tratamiento.

La información empleada para realizar el presente estudio se obtuvo de la *MarketScan Commercial Claims and Encounters Database*. Dicha base de datos incluye información correspondiente a la atención de pacientes con diferentes planes de cobertura médica, ambulatorios e internados o atendidos en servicios de emergencias. El estudio se llevó a cabo mediante el empleo de la información correspondiente a pacientes adultos con TDM y EDC que iniciaron tratamiento con duloxetina, venlafaxina XR o escitalopram. La EDC se correspondió con la presencia de fibromialgia, manifestaciones neurológicas de la diabetes, osteoartritis, dorsalgia o cefaleas. El período de seguimiento tuvo una duración de 6 meses desde el inicio del tratamiento farmacológico, es decir, desde la fecha índice. La adhesión se valoró según la tasa de posesión de la medicación (> 80%), en tanto que la persistencia terapéutica se valoró en términos de continuidad de la prescripción y duración del tratamiento.

En total, 6 500, 3 405 y 5 618 pacientes iniciaron el tratamiento con duloxetina, venlafaxina XR y escitalopram, respectivamente. La mayoría de las EDC correspondieron a casos de dorsalgia o cefaleas. La administración de duloxetina

tuvo lugar en pacientes con mayor edad en comparación con la administración del resto de los antidepresivos. Dicho grupo también se caracterizó por incluir una proporción menor de varones, mayor edad, menos días de suministro de medicamentos, recibir una cantidad mayor de medicamentos, presentar más comorbilidades de acuerdo con el puntaje del *Charlson Comorbidity Index* y tener una proporción mayor o similar de cada EDC en comparación con los dos grupos restantes. No obstante, el nivel de comorbilidad psiquiátrica fue inferior entre los pacientes tratados con duloxetina en comparación con los que recibieron venlafaxina XR. No se observaron diferencias significativas entre los pacientes tratados con venlafaxina XR o escitalopram respecto del promedio de comorbilidades psiquiátricas.

Los pacientes tratados con duloxetina presentaron un nivel estadísticamente superior de adhesión al tratamiento en comparación con los pacientes tratados con venlafaxina XR o escitalopram (46.03%, 42.94% y 37.27%, respectivamente). Concretamente, la probabilidad de adhesión al tratamiento entre los pacientes tratados con venlafaxina XR o escitalopram fue un 12% y 34% inferior en comparación con la probabilidad de adhesión de los pacientes tratados con duloxetina, respectivamente. Entre las covariables que influyeron de manera significativa sobre dicho resultado se incluyó la edad, la región geográfica y la cantidad de comorbilidades. La persistencia terapéutica también fue estadísticamente superior entre los pacientes tratados con duloxetina en comparación con venlafaxina XR o escitalopram, con un patrón similar al observado respecto de la adhesión (43.66%, 40.38% y 33.86 %, respectivamente). Por último, la administración de duloxetina se asoció con un tratamiento más duradero en comparación con la administración de venlafaxina XR o escitalopram. En los dos últimos casos, el tratamiento duró 3.64 y 12.34 días menos, respectivamente.

Los resultados del presente estudio naturalista permiten indicar que la administración de duloxetina se asocia con un nivel mayor de adhesión y persistencia terapéutica en comparación con la administración de venlafaxina XR o escitalopram. La mayor probabilidad de adhesión y persistencia terapéutica asociados con la administración de duloxetina tuvieron lugar aun al considerar diferentes covariables. Debe tenerse en cuenta que tanto la adhesión como la persistencia terapéutica son parámetros importantes a la hora de efectuar investigaciones. Asimismo, la toma adecuada de la medicación se asocia con una probabilidad elevada de obtener buenos resultados clínicos. A propósito, existe información suficiente sobre la disminución de la probabilidad de recaídas y recurrencias asociada con el empleo continuo de medicación en caso de depresión. También se constató una relación entre la continuidad del tratamiento antidepresivo y la disminución de costo de atención.

Según los resultados de estudios anteriores, la administración de escitalopram se asocia con una disminución de la probabilidad de interrupción del tratamiento o reemplazo de la droga por otro agente, en comparación con la administración de otro ISRS o ISRN. También se informó que la proporción de pacientes con buena adhesión terapéutica ante la administración de duloxetina y escitalopram es 32% y 34%, respectivamente. Asimismo, el escitalopram sería al menos tan efectivo como los ISRN en caso de depresión. Otros autores informaron la superioridad del escitalopram en comparación con la duloxetina en pacientes depresivos. No obstante, en otros casos se informó que la duloxetina tiene un inicio de acción al menos tan rápido como el escitalopram y que ambas drogas provocan

una mejoría similar del puntaje de la *Hamilton Depression Scale* (HAM-D).

No se hallaron estudios de comparación directa entre la venlafaxina XR y la duloxetina en términos de adhesión y persistencia terapéutica en pacientes con TDM y EDC y la información disponible al respecto es heterogénea. Por ejemplo, algunos autores informaron que la duloxetina es mejor tolerada que la venlafaxina y que este último antidepressivo genera más discontinuaciones vinculadas con la aparición de eventos adversos en comparación con la duloxetina. Sin embargo, otros autores hallaron que el índice de respuesta al tratamiento con duloxetina es inferior en comparación con el índice correspondiente al tratamiento con venlafaxina XR.

No fue posible evaluar las causas de adhesión y persistencia terapéutica superiores asociados con la administración de duloxetina en comparación con la administración de venlafaxina XR o escitalopram. No obstante, se halló una asociación positiva entre los días de suministro de medicación y la adhesión y la persistencia terapéutica observada en el presente estudio. Este hallazgo también fue informado por otros autores. A diferencia de lo esperado, no se observó una asociación entre los desembolsos extras vinculados con la adquisición de la medicación y la adhesión terapéutica. De todos modos, el aumento de dichos gastos se asociaría con una disminución de la adhesión y la persistencia terapéutica.

La coincidencia entre los resultados del presente y otros estudios dan cuenta de la validez de los hallazgos. Si bien en el presente estudio se hallaron diferencias entre la duloxetina, venlafaxina XR y el escitalopram, los profesionales deben evaluar la importancia clínica de los resultados. Entre las limitaciones del presente estudio se menciona la posibilidad de un sesgo de selección que haya afectado los resultados obtenidos. En segundo lugar se destaca la fuente de información empleada y la ausencia de control de determinados factores vinculados con la adherencia y la persistencia terapéutica como las características del profesional tratante. Es necesario contar con información adicional sobre las consecuencias clínicas y económicas de la adhesión y la persistencia terapéutica en la población de pacientes con TDM en comorbilidad con EDC.

La administración de duloxetina a pacientes asegurados con TDM y EDC se asociaría con un nivel superior de adhesión y persistencia durante los primeros 6 meses de tratamiento en comparación con la administración de venlafaxina XR o escitalopram.

 Información adicional en [www.siicsalud.com/dato/resiic.php/123335](http://www.siicsalud.com/dato/resiic.php/123335)

## 12 - El Tratamiento Farmacológico Mejora la Calidad de Vida de los Pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Coghill D

CNS Drugs 24(10):843-866, 2010

La calidad de vida relacionada con la salud generalmente se define como un estado de bienestar general acompañado por un funcionamiento cotidiano adecuado. Más allá de la definición considerada, en casi todos los casos se tiene en cuenta el funcionamiento físico, social, psicológico y cognitivo y la apreciación subjetiva de los pacientes. Si bien las enfermedades físicas influyen sobre la calidad de vida

relacionada con la salud, el papel de las enfermedades mentales es muy importante.


El objetivo de la presente revisión fue evaluar el efecto del tratamiento farmacológico sobre la calidad de vida de los pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Esta entidad tiene una prevalencia elevada en la población de niños y adolescentes y se caracteriza por la presencia de inatención, hiperactividad e impulsividad. A dichos síntomas se suma la alteración del desempeño académico, familiar y social y el aumento del riesgo de comportamiento delictivo y antisocial. Debe considerarse que el TDAH es una entidad persistente que en una gran proporción de casos continúa durante la vida adulta y puede aumentar el riesgo de abuso de sustancias, disfunción laboral y delincuencia a largo plazo. Asimismo, la comorbilidad con otras entidades como el trastorno oposicionista desafiante, la depresión o la ansiedad es frecuente.

La información obtenida en una revisión sistemática realizada por Danckaerts y colaboradores permite indicar que los padres de los niños con TDAH no consideran que sus hijos tengan una calidad de vida inadecuada en términos de funcionamiento físico. En cambio, refieren una disminución considerable de la calidad de vida relacionada con el funcionamiento psicosocial, los logros y la autoevaluación. Dicha disminución se verificó tanto en varones como en mujeres con diferentes subtipos de TDAH. La apreciación de los niños y adolescentes con TDAH respecto de su propia calidad de vida fue evaluada en menos estudios. De acuerdo con los resultados, los pacientes refieren que el efecto del TDAH sobre la propia calidad de vida es menos negativo en comparación con lo apreciado por sus padres.

Es posible que las diferencias entre los pacientes y sus padres se deban a las escalas de evaluación aplicadas. En este sentido, en estudios donde se utilizó el *Child Health Questionnaire* (CHQ) no se hallaron diferencias entre los pacientes y sus padres, en tanto que la aplicación de escalas alternativas se asoció con la obtención de resultados discrepantes entre padres e hijos. Otra posibilidad es que los niños no tengan un nivel adecuado de conciencia, minimicen las dificultades que supone el TDAH o no sean capaces de completar los cuestionarios en forma correcta y que los padres tengan una visión sobreestimada de la situación debido a la carga que les genera la enfermedad de sus hijos.

Los estudios de evaluación de las consecuencias del TDAH sobre la calidad de vida en el paciente adulto son escasos. De todos modos, se informó una disminución ante la aplicación del *Short Form Health Survey Questionnaire Version 2* (SF-36). El empleo de la escala *Adult ADHD Quality Of Life* (AAQoL) permitió apreciar que los adultos con TDAH no diagnosticado presentan mayor disminución de la calidad de vida en comparación con los adultos con TDAH diagnosticado.

El TDAH supone una disminución de la calidad de vida comparable con la generada por diferentes enfermedades físicas, aunque afectaría en mayor medida los dominios psicosociales y en menor medida los dominios físicos. De todos modos, los resultados disponibles al respecto son heterogéneos. Por ejemplo, en un estudio se informó que los pacientes con TDAH refieren una calidad de vida superior en

 Información adicional en [www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com): otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.

comparación con los pacientes con insuficiencia renal terminal tanto en términos físicos como sociales. La aplicación del *Youth Quality Of Life Instrument - Research Version* (YQOL-R) a adolescentes con TDAH resultó en un puntaje similar en comparación con el obtenido en adolescentes con trastornos de la movilidad. Los resultados obtenidos ante la evaluación de los padres de los pacientes indicaron una menor calidad de vida en términos de funcionamiento psicosocial entre los pacientes con TDAH en comparación con los pacientes con asma. En cambio, este último grupo presentó una menor calidad de vida al considerar el funcionamiento físico. Otros estudios permitieron apreciar que los padres de los pacientes con TDAH consideran que sus hijos tienen menos problemas emocionales y más problemas conductuales y familiares en comparación con los padres de los pacientes con depresión.

La correlación entre la gravedad sintomática y la calidad de vida de los pacientes con TDAH fue evaluada en diferentes estudios. De acuerdo con los resultados, ambas variables se correlacionan en forma significativa pero moderada. Por lo tanto, la calidad de vida y los síntomas de TDAH pueden considerarse constructos relacionados pero diferentes. La aplicación del *Child Health and Illness Profile – Child Edition* (CHIP-CE) permitió apreciar que ante un aumento del nivel sintomático tiene lugar una disminución de la calidad de vida. Tanto la afección funcional como la presencia de síntomas son requisitos para el diagnóstico de TDAH. El empleo del *Pediatric Quality of Life Inventory* (PedsQL) y de la *Children's Global Assessment Scale* (CGAS) resultó en la obtención de correlaciones relativamente bajas entre la calidad de vida y la disfunción de los pacientes con TDAH. En cambio, un puntaje bajo en la escala *Clinical Global Impression - Severity* (CGI-S) se asoció con una disminución de la calidad de vida apreciada por los padres de los pacientes.

Se sugirió que la comorbilidad con otros trastornos afecta la calidad de vida de los pacientes con TDAH. Por ejemplo, en estudios anteriores se informó que los pacientes con TDAH y trastorno oposicionista desafiante obtendrían puntajes inferiores en el CHQ en comparación con los pacientes con TDAH en ausencia de comorbilidades. Los factores estresantes psicosociales y la presencia de múltiples comorbilidades también afectaron el resultado en el CHQ.

No se identificaron estudios aleatorizados y controlados sobre el efecto del metilfenidato en términos de calidad de vida de los pacientes con TDAH. La información obtenida en un estudio permite indicar la ausencia de diferencias significativas entre los pacientes tratados o no con estimulantes en términos de calidad de vida general, física y psicológica. Los padres de los pacientes tampoco notaron diferencias entre la presencia o ausencia de tratamiento farmacológico estimulante en términos de calidad de vida global y psicosocial. En cambio, la calidad de vida relacionada con el funcionamiento físico fue significativamente superior entre los pacientes tratados con estimulantes. En otro estudio observacional se concluyó que la administración de estimulantes se asocia con una calidad de vida inferior, excepto al considerar el funcionamiento físico. No obstante, los pacientes medicados presentaron mejorías significativas al considerar los síntomas de TDAH que se asociaron con una calidad de vida psicosocial superior, especialmente en ausencia de comorbilidades. En un estudio realizado en pacientes con buena respuesta al metilfenidato se aplicaron los cuestionarios *Dutch Child Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek-Academisch Ziekenhuis Leiden* (TNO-AZL) *Quality of Life* (DUX-25) y *TNO-AZL Child Quality of Life* (TACQOL). Tanto los niños como sus padres refirieron una mejor calidad de vida al recibir tratamiento en

comparación con la ausencia del tratamiento. Los resultados de un estudio sobre la terapéutica con parches transdérmicos de metilfenidato también indicaron una mejoría de la calidad de vida según la apreciación de los padres de los pacientes con TDAH. De todos modos, los resultados disponibles son heterogéneos.

El tratamiento con sales mixtas de anfetaminas se asoció con una mejoría significativa de la calidad de vida de los pacientes con TDAH de acuerdo con la aplicación del PedsQL. También se informó que las sales mixtas de anfetaminas de liberación prolongada generan una mejoría significativa de la calidad de vida de magnitud similar a la observada ante el empleo de atomoxetina. No obstante, las anfetaminas se asociaron con una mejoría superior al evaluar el desempeño escolar de los niños.

El tratamiento con atomoxetina es el más estudiado en pacientes con TDAH. Matza y colaboradores informaron que la mejoría sintomática generada por la atomoxetina se asocia con una mejoría de la calidad de vida. El análisis conjunto de los resultados de tres estudios aleatorizados y controlados también permitió indicar la mejoría de la calidad de vida y del funcionamiento psicosocial, conductual y familiar de los pacientes con TDAH, entre otros beneficios. La mejoría de la calidad de vida se asoció con una peor calidad de vida inicial y con la ausencia de antecedentes de tratamiento estimulante y de comorbilidad con el trastorno oposicionista desafiante. En un análisis conjunto de los resultados de nueve estudios aleatorizados y controlados con placebo también pudo apreciarse la mejoría de la calidad de vida relacionada con el funcionamiento psicosocial en niños y adolescentes tratados con atomoxetina. Según Newcorn y colaboradores, la mejoría de la calidad de vida asociada con el tratamiento con atomoxetina tiene lugar en presencia o ausencia de trastorno oposicionista desafiante. Estos resultados coinciden con los obtenidos en un metanálisis posterior.

Debe destacarse además que la cantidad de pacientes que presentaron respuesta al tratamiento ante la administración de atomoxetina fue significativamente superior en comparación con lo observado ante la administración de placebo. En comparación con el metilfenidato, la atomoxetina generó una mejoría en el puntaje del CHIP-CE. Esto se debería a que la atomoxetina tiene un efecto menos fluctuante y podría ser beneficiosa en presencia de ansiedad o tics, a diferencia del metilfenidato. Según los resultados de un estudio a doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo, de 10 semanas de duración, la administración de atomoxetina mejora la calidad de vida relacionada con los logros, el desempeño académico y la evitación del riesgo evaluados mediante el CHIP-CE. En cuanto al efecto del tratamiento con atomoxetina a largo plazo sobre la calidad de vida de los pacientes con TDAH, se informó que los beneficios de la droga a corto plazo se mantienen pero no aumentan.

No se hallaron estudios acerca del efecto del metilfenidato sobre la calidad de vida de los pacientes adultos con TDAH. En cuanto a las anfetaminas, la aplicación del SF-36 permitió apreciar una mejoría significativa de la calidad de vida luego de 10 semanas de tratamiento. La mejoría de la calidad de vida asociada con la administración de sales de anfetaminas a adultos con TDAH también se informó en un estudio de 7 semanas de duración donde se aplicó la escala AIM-Adult (AIM-A).

La administración de atomoxetina resultó en una mejoría significativa del resultado del SF-36 y de la calidad de vida que se correlacionó con la mejoría sintomática en forma significativa. En otro estudio a largo plazo realizado en 501 pacientes se comparó el efecto de la droga frente a

la administración de placebo. La calidad de vida se evaluó mediante la escala AAQoL. De acuerdo con los resultados, la atomoxetina fue superior en comparación con el placebo. En pacientes con TDAH y ansiedad social comórbida, la atomoxetina también fue superior frente al placebo para mejorar la calidad de vida.

La evaluación de la calidad de vida es importante para apreciar las consecuencias del TDAH y otras enfermedades mentales. De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio, el tratamiento farmacológico tiene un efecto favorable a corto plazo sobre la calidad de vida. Dicho efecto refleja en cierta medida la mejoría sintomática. De todos modos, la información disponible era limitada, ya que en los estudios incluidos sólo se consideró una modalidad terapéutica o una determinada droga o grupo etario. Además debe definirse el significado de mejoría clínicamente significativa de la calidad de vida y la herramienta más útil para evaluar dicho parámetro. También sería útil conocer el modo en el cual los pacientes y sus padres viven la experiencia del TDAH e idear un modo de combinación de ambos puntos de vista que permita una evaluación más integral.

Un aspecto a explorar en el futuro es el efecto del TDAH sobre la calidad de vida de los pacientes con diferentes edades y la evolución de la calidad de vida a medida que transcurre el tiempo. Los estudios venideros deberían realizarse en una población numerosa de pacientes con TDAH y permitir la identificación de variables adicionales que puedan influir sobre la calidad de vida. A pesar de la comprensión limitada de las características de las herramientas empleadas para evaluar la calidad de vida de los pacientes con TDAH, la inclusión de dichos parámetros es importante a la hora de efectuar estudios sobre el tratamiento farmacológico.

La realización de estudios adicionales sobre el efecto del tratamiento psicológico de los pacientes con TDAH, la inclusión de períodos de seguimiento más prolongados y la consideración de los efectos adversos de las drogas administradas también serían de utilidad. La evaluación de pacientes con TDAH en comorbilidad con otras entidades deberá considerarse en estudios adicionales sobre el efecto del tratamiento sobre la calidad de vida. Finalmente, se destaca que el TDAH afecta diferentes aspectos de la vida de los pacientes. Por este motivo, es importante conocer las dificultades que supone el trastorno y aplicar el mejor abordaje terapéutico posible.

La afección de la calidad de vida generada por el TDAH se asemeja a la observada en presencia de otras enfermedades físicas. Los efectos más significativos tienen lugar sobre el funcionamiento psicosocial, los logros y el desempeño familiar y son especialmente apreciados al considerar el punto de vista de los padres en comparación con el punto de vista de los pacientes. El tratamiento farmacológico se asocia con un efecto favorable a corto plazo sobre la calidad de vida tanto de los niños como de los adolescentes y adultos con TDAH. Dicho resultado refleja, con una magnitud de efecto inferior, la mejoría sintomática. Son necesarios estudios adicionales para obtener resultados definitivos.

 Información adicional en [www.siicsalud.com/dato/resiic.php/119070](http://www.siicsalud.com/dato/resiic.php/119070)

### 13 - La Ausencia de Respuesta Inicial a la Olanzapina no Predice la Ausencia de Respuesta Posterior a la Misma Droga

Hatta K, Otachi T, Sawa Y y colaboradores

Schizophrenia Research 128(1-3):127-135, May 2011

Aún no existe consenso respecto de cuál debe ser la duración del tratamiento antipsicótico para definir su ineficacia en la esquizofrenia. Si bien se sugirió que la ausencia de respuesta temprana predice la falta de respuesta posterior a la misma droga, dicho hallazgo no implica la ausencia de respuesta a otro agente. En un estudio reciente efectuado en pacientes esquizofrénicos que cursaban una exacerbación aguda de la enfermedad se halló que la respuesta temprana al tratamiento antipsicótico es un indicador de evolución cuya consideración puede ser útil para definir la conducta a seguir. Desafortunadamente, la información obtenida en dicho estudio no es aplicable a la práctica clínica debido a cuestiones metodológicas.


El presente estudio prospectivo se efectuó en pacientes admitidos por primera vez en servicios de emergencia. El tratamiento inicial consistió en la administración de risperidona. Durante el segundo período de estudio, dicho tratamiento consistió en el empleo de olanzapina.

El objetivo fue evaluar si la respuesta temprana al tratamiento con risperidona valorada mediante la escala *Clinical Global Impressions-Improvement* (CGI-I) predice la respuesta terapéutica posterior. Además se evaluó si dicha predicción es válida para la olanzapina. Ante la ausencia de respuesta temprana a alguna de las drogas, los autores evaluaron la probabilidad de mejoría al administrar otro agente o continuar el mismo tratamiento.

El estudio se efectuó en 18 servicios de emergencia psiquiátrica ubicados en Japón. El primer período de estudio transcurrió desde el 1 de julio hasta el 31 de agosto de 2009, en tanto que el segundo período tuvo lugar desde el 1 de septiembre hasta el 31 de octubre del mismo año. Los participantes tenían entre 18 y 64 años y reunían los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme o esquizoafectivo. Todos habían sido admitidos en los servicios de emergencias en forma involuntaria.

Durante el primer período de estudio los pacientes recibieron 2 semanas de tratamiento con risperidona por vía oral. Luego fueron divididos en "respondedores" y "no respondedores" al tratamiento temprano según obtuvieran un puntaje menor o igual a 3 o mayor o igual a 4 en la escala CGI-I, respectivamente. El primer grupo continuó el tratamiento con risperidona (RIS-ER), en tanto que el segundo grupo fue distribuido aleatoriamente para recibir risperidona (RIS-RIS) u olanzapina (RIS-OLZ) durante las siguientes dos semanas. La dosis de risperidona fue adaptada a las necesidades de cada paciente y osciló entre 3 y 6 mg/día.

En el segundo período de estudio los pacientes recibieron olanzapina por vía oral durante 2 semanas y luego fueron divididos en "respondedores" y "no respondedores" según el puntaje de la escala CGI-I. En el primer caso se continuó el mismo tratamiento (OLZ-ER), en tanto que los pacientes no respondedores fueron distribuidos para continuar el mismo tratamiento (OLZ-OLZ) o recibir risperidona (OLZ-RIS) durante las 2 semanas siguientes. La dosis máxima permitida de olanzapina fue 20 mg/día.

 Información adicional en [www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com): otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.



El parámetro principal de evaluación fue la mejoría mayor o igual al 50% del puntaje total de la *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) y la obtención de remisión a las 4 semanas de tratamiento. La remisión se definió según el puntaje de determinados ítem de la PANSS, propuestos por Nancy Andreasen en 2005. La eficacia del tratamiento fue evaluada de acuerdo con el puntaje de la PANSS, la CGI-I y la escala *Global Assessment of Functioning* (GAF). La seguridad y la tolerabilidad del tratamiento se evaluaron según los signos vitales, el peso, los parámetros electrocardiográficos y de laboratorio. Asimismo, se aplicó la *Drug-induced Extrapyrimalidal Symptom Scale* (DIEPSS). Las evaluaciones se llevaron a cabo en el momento de la admisión y luego cada 2 semanas. También se efectuaron evaluaciones en el momento de la interrupción.

El primer período de estudio fue completado por 67 pacientes. El 70% de ellos conformaron el grupo RIS-ER. No se observaron diferencias significativas entre los pacientes que respondieron o no al tratamiento inicial con risperidona al analizar las características evaluadas en un principio. El puntaje medio de la escala CGI-I a las 2 semanas de estudio en presencia y ausencia de respuesta a la risperidona fue 2.3 y 4.5, respectivamente. Mientras que el grupo RIS-ER presentó una mejoría del puntaje total de la PANSS del 58.2%, el grupo que no respondió a la droga sólo presentó una mejoría del 9% de dicho puntaje durante las primeras 2 semanas de estudio. Durante el período transcurrido entre las semanas 2 y 4 se verificó la interrupción del tratamiento con risperidona debido a la aparición de hiperprolactinemia en un paciente que había respondido a la droga. Asimismo, dos integrantes del grupo RIS-RIS y un integrante del grupo RIS-OLZ abandonaron el tratamiento debido a la falta de eficacia.

La remisión tuvo lugar en el 53% y 9% de los pacientes de los grupos RIS-ER y RIS-RIS luego de 4 semanas de tratamiento, respectivamente. En coincidencia, la disminución mayor o igual al 50% del puntaje total de la PANSS luego de 4 semanas de tratamiento fue 81% y 9%, respectivamente. Ambos grupos difirieron significativamente en términos de respuesta al tratamiento luego de 4 semanas. Además, la dosis máxima de risperidona fue significativamente inferior en el primer grupo (5.2 mg (DE, 2.0) vs. 6.8 mg (DE, 2.7),  $p = 0.043$ ). No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la frecuencia de empleo de benzodiazepinas.

Entre los pacientes que mantuvieron el tratamiento inicial con risperidona, el 96% de los que alcanzaron la remisión en la semana 4 habían sido identificados como "respondedores tempranos" a las 2 semanas. En cambio, el 31% de los pacientes que no respondieron habían sido designados como "no respondedores" a las 2 semanas. Al considerar la disminución mayor o igual al 50% del puntaje de la PANSS se observó que el 97% de los respondedores fueron identificados como respondedores tempranos a las 2 semanas de estudio. Finalmente, el 53% de los pacientes que no respondieron fueron identificados como no respondedores a las 2 semanas de estudio. No se observaron diferencias significativas entre los grupos RIS-RIS y RIS-OLZ en cuanto a la eficacia, la seguridad y la tolerabilidad del tratamiento luego de 4 semanas de estudio.

Un total de 58 pacientes iniciaron el tratamiento con olanzapina en el período 2 de estudio. Ninguno de ellos había

participado del primer período de estudio. La interrupción del tratamiento antes de las 2 semanas debido a la falta de eficacia de la olanzapina tuvo lugar en 7 casos. Debe destacarse que la cantidad de pacientes sin antecedente de tratamiento antipsicótico fue significativamente inferior durante el segundo período de estudio en comparación con lo observado durante el primer período.

De acuerdo con el puntaje de la escala CGI-I, la respuesta temprana a la olanzapina tuvo lugar en el 70% de los participantes, quienes conformaron el grupo OLZ-ER. No se observaron diferencias entre los pacientes que respondieron o no respondieron a la olanzapina al considerar las características evaluadas al inicio del estudio. Luego de 2 semanas de tratamiento, el puntaje de la PANSS mejoró una media de 43.4% y 16.4% en presencia de respuesta temprana a la olanzapina o en ausencia de dicha respuesta, respectivamente. La interrupción del tratamiento con olanzapina debido a la falta de eficacia tuvo lugar en un paciente de cada grupo.

Luego de 4 semanas, el 58% y 38% de los integrantes de los grupos OLZ-ER y OLZ-OLZ alcanzaron la remisión, respectivamente, sin diferencias significativas al respecto entre ambos grupos. En coincidencia, la mejoría mayor o igual al 50% del puntaje total de la PANSS se verificó en el 61% y 25% de los integrantes, respectivamente. No se observaron diferencias significativas entre los grupos OLZ-ER y OLZ-OLZ respecto de la dosis máxima de olanzapina empleada (17.5 mg [DE 4.3] vs. 19.2 mg [DE 2.0], respectivamente,  $p = 0.62$ ) y de la frecuencia de empleo de benzodiazepinas. Al considerar únicamente los pacientes que recibieron olanzapina en forma continua desde un principio se observó que el 86% de los participantes que respondieron en forma temprana habían sido identificados como respondedores tempranos a las 2 semanas de estudio. En cambio, el 26% de los que no respondieron en forma temprana habían sido identificados como no respondedores en la semana 2 de estudio. La consideración de la mejoría mayor o igual al 50% del puntaje de la PANSS permitió identificar correctamente al 91% y 32% de los respondedores y no respondedores en la semana 2 de estudio, respectivamente.

No se observaron diferencias significativas entre los grupos OLZ-OLZ y OLZ-RIS en términos de eficacia, seguridad y tolerabilidad a las 4 semanas de tratamiento, aunque la cantidad de pacientes no fue suficiente para efectuar un análisis adecuado. Tanto el tiempo como el tratamiento administrado tuvieron un efecto significativo sobre la modificación del puntaje total de la PANSS. Finalmente, existe la posibilidad de obtener una respuesta significativa a la olanzapina con posterioridad al período de estudio considerado.

Los resultados alcanzados permitieron apreciar el predominio de respondedores tempranos al tratamiento con risperidona y olanzapina. Dichos pacientes representaron el 70% de los integrantes de cada período de estudio. En un estudio anterior efectuado por Kinon y colaboradores se halló que la ausencia de respuesta a las 2 semanas de tratamiento con olanzapina predecía la falta de respuesta posterior. La frecuencia baja de ausencia de respuesta al tratamiento observada en el presente estudio en comparación con lo informado en trabajos anteriores podría deberse a la inclusión de una población con características diferentes en términos de sexo, origen étnico, gravedad inicial del cuadro clínico y antecedentes de tratamiento farmacológico, entre otros factores.

Los resultados obtenidos permiten indicar que la presencia o ausencia de respuesta luego de dos semanas de tratamiento con risperidona, puesta de manifiesto según el puntaje de



Información adicional en [www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com):  
otros autores, especialidades en que se clasifican,  
conflictos de interés, etc.

la escala CGI-I, puede predecir la evolución posterior de los pacientes. Dicha evolución fue evaluada según la aparición de remisión o la disminución mayor o igual al 50% del puntaje de la PANSS a las 4 semanas de estudio. Los hallazgos coinciden con lo informado por Kinon y colaboradores mediante la aplicación de la PANSS, aunque dicha escala no es empleada con frecuencia en la práctica clínica debido a su extensión. En cambio, la escala CGI-I sólo requiere una entrevista clínica de rutina. Los autores sugieren que la predicción de respuesta según el resultado de la escala CGI-I luego de 2 semanas de tratamiento puede ser aplicada en la práctica clínica.

No se observaron diferencias significativas entre la administración de risperidona y olanzapina respecto de la frecuencia de remisión o respuesta luego de 4 semanas de estudio entre los pacientes que respondieron en forma temprana o no respondieron y continuaron el mismo tratamiento. No es posible afirmar que la falta de respuesta temprana a la olanzapina predice la ausencia de remisión o respuesta posterior. Este hallazgo difiere de lo observado ante la administración de risperidona. La diferencia entre los grupos tratados con risperidona u olanzapina en términos de predicción de respuesta al tratamiento podría deberse a la existencia de diferencias vinculadas con el antecedente de tratamiento antipsicótico.

En ausencia de respuesta temprana a uno de los antipsicóticos, la administración del agente restante no generó una mejoría significativa en comparación con la continuidad del tratamiento inicial. En cambio, Kinon y colaboradores observaron beneficios ante el reemplazo de la risperidona por olanzapina en ausencia de respuesta. No es posible obtener conclusiones definitivas al respecto debido a cuestiones metodológicas.

Entre las limitaciones del presente estudio se destaca la inclusión de una cantidad relativamente baja de participantes. En segundo lugar, el estudio fue a simple ciego, lo cual podría haber influido los resultados debido a la generación de expectativas a los pacientes y los profesionales. Finalmente, el período de seguimiento fue breve. Son necesarios estudios adicionales que permitan obtener información útil para la toma de decisiones terapéuticas por parte de los profesionales.



Información adicional en  
[www.siicsalud.com/dato/resiic.php/123382](http://www.siicsalud.com/dato/resiic.php/123382)

## 14 - Eficacia Progresiva de la Atomoxetina en Pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Dickson R, Maki E, Weiss M y colaboradores

Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health  
5(1):14, May 2011

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno neuroconductual más frecuente observado en la población pediátrica. El tratamiento farmacológico de los niños con TDAH puede efectuarse mediante el empleo de psicoestimulantes o atomoxetina, un inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina. Ambos tipos de drogas difieren en cuanto al inicio de la eficacia y el momento de mejoría y remisión sintomática.

La información disponible sobre el curso temporal de la respuesta a la atomoxetina se obtuvo en estudios aleatorizados y controlados con placebo de relativa corta duración para apreciar la mejoría sintomática completa, así

como la velocidad y magnitud de mejoría. Dichos parámetros son importantes a la hora de definir los objetivos terapéuticos. Además, el curso temporal de la respuesta al tratamiento debe tenerse en cuenta al comparar diferentes intervenciones. Esto es especialmente importante al considerar tratamientos con un inicio de acción más lento en comparación con los estimulantes, drogas cuyo efecto clínico se observa una vez transcurrido un período relativamente breve.

En el TDAH, la mejoría sintomática puede definirse ante la disminución mayor o igual al 25% del puntaje de la *TDAH Rating Scale-IV-Parent Version: Investigator Administered and Scored* (TDAHRS-IV-PI). No obstante, dicha definición no incluye la consideración de la gravedad inicial de la enfermedad. Otras definiciones de remisión sintomática incluyen la obtención de un puntaje menor o igual a 18 o a 2 en la TDAHRS-IV-PI o en la *Clinical Global Impressions-TDAH-Severity* (CGI-TDAH-S), respectivamente.

El presente estudio se llevó a cabo mediante un análisis retrospectivo de eficacia con el objetivo de evaluar el tiempo transcurrido hasta la respuesta y la remisión en niños con TDAH tratados con atomoxetina en dosis usuales. Con dicho fin se valoró la probabilidad de respuesta o remisión en función del tiempo, de acuerdo con la información obtenida en tres estudios abiertos de hasta un año de duración efectuados en Canadá, denominados S012, S013 y LYCS.

En los estudios mencionados se evaluaron los efectos de la atomoxetina sobre los síntomas principales observados en pacientes con TDAH. La duración del tratamiento en los estudios S012, S013 y LYCS fue 3 meses, 6 meses y un año, respectivamente. Participaron pacientes ambulatorios de 6 a 11 años con diagnóstico de TDAH, un nivel adecuado de inteligencia y sin antecedente de tratamiento con atomoxetina. La gravedad sintomática mínima valorada mediante la TDAHRS-IV-PI fue mayor o igual a 1.5 desviaciones estándar de la norma para sexo y edad.

En el estudio LYCS, el tratamiento se inició con una dosis de atomoxetina de 0.5 mg/kg/día que fue aumentada paulatinamente hasta un máximo permitido de 1.4 mg/kg/día o 100 mg/día. En los estudios restantes, la droga fue titulada en forma más lenta hasta alcanzar una dosis máxima de 1.4 mg/kg/día. Mientras que en el estudio LYCS no se incluyeron niños con antecedente de tratamiento con psicoestimulantes, en los estudios restantes no se aplicó dicha restricción.

Los parámetros de eficacia considerados en el presente estudio fueron las escalas TDAHRS-IV-PI y CGI-TDAH-S. La mejoría sintomática se definió ante la disminución mayor o igual al 25% del puntaje de la TDAHRS-IV-PI. En presencia de una disminución mayor o igual al 40%, la mejoría se consideró notoria o significativa. La remisión fue definida ante la obtención de un puntaje menor o igual a 18 o a 2 en la TDAHRS-IV-PI o CGI-TDAH-S, respectivamente.

La información considerada correspondió a 249 varones y 89 mujeres de una media de 8.7 años. La ausencia de antecedente de tratamiento estimulante tuvo lugar en el 54.7%, 38.1% y 100% de los participantes de los estudios S012, S013 y LYCS, respectivamente. Cerca del 70% de los participantes completaron cada estudio. Los motivos de interrupción fueron la percepción de falta de eficacia (10.7%) y, en segundo lugar, la aparición de eventos adversos (6.5%). La administración de atomoxetina se asoció con una disminución sintomática significativa durante el primer mes de tratamiento, seguida por mejorías adicionales durante los meses siguientes. Asimismo, el puntaje medio de la TDAHRS-IV-PI mejoró en forma significativa al inicio del tratamiento y se estabilizó cerca del quinto mes, con cambios ulteriores no significativos.

El período medio transcurrido hasta la obtención de

respuesta terapéutica fue 3.7 semanas, en tanto que la probabilidad de mejoría hasta la semana 4 o 12 fue 60% o 88%, respectivamente. El período medio transcurrido hasta la mejoría significativa fue 4.7 semanas y la probabilidad de alcanzar dicha mejoría hasta la semana 4 o 12 fue 47% o 76%, respectivamente. En cambio, la remisión tuvo lugar luego de 8 semanas y la probabilidad de remisión alcanzó el 75% luego de 24 semanas de tratamiento. Al definir la remisión como la obtención de un puntaje menor o igual a 2 en la CGI-TDAH-S, el período medio transcurrido hasta su aparición fue 14.3 semanas y la probabilidad de alcanzarla a las 26 semanas de estudio fue 67%.

El puntaje total inicial de la TDAHRS-IV-PI predijo el momento de mejoría, la mejoría significativa y la obtención de un puntaje menor o igual a 18 en dicha escala. Concretamente, en presencia de un puntaje inicial elevado en la TDAHRS-IV-PI, el tiempo necesario para obtener una mejoría fue menor. En cambio, en presencia de un puntaje total inicial bajo en la TDAHRS-IV-PI, el tiempo transcurrido hasta la remisión fue menor. Finalmente, el valor inicial de la CGI-TDAH-S predijo significativamente el tiempo transcurrido hasta la remisión. En este caso, el puntaje inferior se asoció con un período más breve hasta la remisión.

Los resultados obtenidos permiten indicar que la probabilidad de alcanzar objetivos terapéuticos predefinidos ante la administración de atomoxetina aumenta a medida que transcurre el tiempo. Es decir, la mejoría sintomática fue continua y significativa hasta aproximadamente el quinto mes de tratamiento para luego estabilizarse. Estos hallazgos coinciden con lo informado en estudios anteriores en los que la atomoxetina provocó una mejoría clínicamente significativa en pacientes con TDAH, con un nivel mayor de eficacia a medida que transcurría el tratamiento.

Es posible sugerir que la atomoxetina tiene una eficacia gradual y progresiva en el TDAH. Esto permite comprender los resultados de estudios anteriores en los que la atomoxetina tuvo un efecto inferior frente al empleo de psicoestimulantes de acción prolongada como las sales mixtas de anfetamina o el metilfenidato. Por ejemplo, en el *Strattera Adderall XR Randomized Trial* se comparó el tratamiento con sales mixtas de anfetamina de liberación prolongada frente a la administración de atomoxetina en niños con TDAH. En este caso se concluyó que las sales de anfetamina tuvieron un efecto superior. En segundo lugar, Kemner y colaboradores informaron que el tratamiento con metilfenidato de liberación osmótica (metilfenidato OROS) tiene un efecto superior en comparación con la atomoxetina. De acuerdo con lo antedicho, es posible que la atomoxetina no sea especialmente útil ante la necesidad de control sintomático rápido. De todos modos, la obtención de conclusiones a partir de la información recogida en estudios a corto plazo puede ser errónea. Esto se debe a que la atomoxetina requiere un período terapéutico más largo que los psicoestimulantes de acción prolongada para generar la respuesta terapéutica y la disminución sintomática máxima posible. Es necesario contar con estudios a largo plazo para comparar el patrón de mejoría sintomática asociado con el empleo de atomoxetina frente al patrón de mejoría generado por los psicoestimulantes.

Un hallazgo a destacar es la influencia de la gravedad sintomática inicial sobre el tiempo necesario para alcanzar ciertos objetivos terapéuticos. En presencia de un nivel mayor de gravedad sintomática el cumplimiento del criterio de mejoría fue más rápido en comparación con lo observado ante una gravedad sintomática inicial inferior. No obstante, la gravedad sintomática inicial inferior se asoció con una remisión más rápida. Según lo observado en el estudio *Integrated Data Exploratory Analysis*, la mejoría

sintomática en la semana 4 de tratamiento predice la mejoría sintomática posterior. De acuerdo con dicho hallazgo y con los resultados del presente análisis, es recomendable monitorear la respuesta en forma continua con el fin de detectar la mejoría sintomática progresiva que justificará la continuidad del tratamiento con atomoxetina en pacientes con TDAH.

Los resultados obtenidos sólo pueden generalizarse a poblaciones de niños con características similares frente a la población incluida en el presente estudio. Además, la mayoría de los participantes fueron varones y presentaron TDAH de tipo combinado. La ausencia de antecedente de tratamiento farmacológico podría haber favorecido los resultados del tratamiento con atomoxetina. Otra limitación del presente análisis es que no se tuvo en consideración de la opinión de los maestros de los pacientes, con excepción de uno de los estudios incluidos. Además, sólo se tuvo en cuenta una cantidad limitada de síntomas de TDAH. Finalmente, debe tenerse en cuenta que el cumplimiento del criterio de remisión aplicado en el presente estudio no implica la ausencia de discapacidad. Es necesario contar con estudios clínicos adicionales que permitan comparar los resultados de la administración de diferentes drogas en caso de TDAH.

La administración de atomoxetina a pacientes con TDAH se asocia con una mejoría sintomática gradual y progresiva. Por lo tanto, a la hora de comparar el tratamiento con atomoxetina frente a la administración de otros agentes como los psicoestimulantes deberán tenerse en cuenta las diferencias vinculadas con el momento de aparición de la eficacia y de la respuesta terapéutica máxima.



Información adicional en

[www.siicsalud.com/dato/resiic.php/123378](http://www.siicsalud.com/dato/resiic.php/123378)

## Contacto Directo con expertos

Los lectores de Trabajos Distinguidos pueden formular consultas a los integrantes de los comités científicos, columnistas, corresponsales y consultores médicos de SIIC cuyos nombres se citan en la página [www.siicsalud.com/main/geo.htm](http://www.siicsalud.com/main/geo.htm). Las consultas a expertos de habla no hispana o portuguesa deben redactarse en inglés. SIIC supervisa los textos en idioma inglés para acompañar a los lectores y facilitar la tarea de los expertos consultados.

Médico o institución consultante .....  
 Correo electrónico (e-mail).....  
 Domicilio profesional .....  
 C.P. .... Localidad ..... País ..... Teléfono .....

desea consultar al Dr.....lo siguiente:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

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

.....  
 Firma

.....  
 Aclaración

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

### con autores distinguidos

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

TD N°	Título	Dirección
A	Revisión de Diez Cuestiones...	● Dr. L. Davidson. Yale School of Medicine, CT 06514, New Haven, EE.UU.
1	Ideación Suicida, Autoagresión...	● Dr. P. E. Bebbington. Department of Mental Health Sciences, University College London, W1W 7EJ, Londres, Reino Unido
2	Efecto de los Criterios Diagnósticos...	● Dr. G. Andrews. Clinical Research Unit for Anxiety and Depression, School of Psychiatry, University of New South Wales at St Vincent's Hospital, Sydney, New South Wales, Australia
3	Trastorno Obsesivo Compulsivo...	● Dr. J. Mergui. Department of Consultation and Liaison Psychiatry, Shaare Zedek Medical Center, Hebrew University, 91031, Jerusalén, Israel
4	Prevención de la Trombosis Venosa...	● Dr. M. De Hert. UPC KUL, 3070, Kortenberg, Bélgica
5	Conocimiento y Actitud hacia la Depresión...	● Dr. A. Gabriel. University of Calgary, Calgary, Alberta, Canadá
6	Trastorno Bipolar y Síndrome Metabólico...	● Dr. R. S. McIntyre. Psychoatry and Pharmacology, University of Toronto, Head, Mood Disorders Psychopharmacology Unit, University Health Network, M5T 2S8, Toronto, Ontario, Canadá
7	Estrategias para el Abordaje...	● Dr. D. I. Velligan. TX 78229-3900, San Antonio, Texas, EE.UU.
8	Información Disponible sobre la Ansiedad...	● Dr. G. J. Byrne. Discipline of Psychiatry, School of Medicine, University of Queensland, Royal Brisbane & Women's Hospital, 4029, Herston, Queensland, Australia
9	Analizan la Efectividad de la Olanzapina...	● Dr. A. González-Pinto. Basque Country University International Mood Disorders Research Centre, Centro de Investigación Biomédica en Red en Salud Mental, Leioa, España
10	La Duloxetine es un Antidepresivo...	● Dr. I. Bitter. Department of Psychiatry and Psychotherapy, Semmelweis University, Budapest, Hungría
11	Describen las Ventajas de la Duloxetina...	● Dr. J. Wang. University of Tennessee, College of Pharmacy, TN 38163, Memphis, Tennessee, EE.UU.
12	El Tratamiento Farmacológico Mejora...	● Dr. D. Coghill. Centre for Neuroscience, Division of Medical Sciences, University of Dundee, Centre for Child Health, DD3 6HH, Dundee, Reino Unido
13	La Ausencia de Respuesta Inicial...	● Dr. K. Hatta. Department of Psychiatry, Juntendo University Nerima Hospital, 177-8521, Tokyo, Japón
14	Eficacia Progresiva de la Atomoxetina...	● Dr. R. A. Dickson. Eli Lilly Canada Inc., M1N 2E8, Toronto, Ontario, Canadá

# Autoevaluaciones de Lectura

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

TD N°	Enunciado	Seleccione sus opciones
1	¿Cuáles son los factores de riesgo de conducta suicida?	A) La enfermedad mental. B) El desempleo y los eventos vitales estresantes. C) La falta de apoyo social. D) La soledad y las limitaciones para efectuar tareas cotidianas.
2	¿Qué efecto puede tener la modificación de los criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada incluidos en el DSM-V?	A) Aumento de la prevalencia y de la gravedad. B) Aumento de la prevalencia sin modificar la gravedad en forma significativa. C) Disminución de la prevalencia y de la gravedad. D) Aumento de la prevalencia y disminución de la gravedad.
3	¿Cuál de las siguientes características se corresponde con la <i>folie à deux</i> ?	A) Se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos similares en tres o más individuos que conviven. B) El cuadro se inicia en el paciente primario, que frecuentemente padece trastorno bipolar. C) Quienes adoptan el delirio del paciente primario generalmente presentan cuadros comórbidos. D) Los pacientes primarios adoptan el delirio del paciente secundario.
4	¿Qué estrategias pueden aplicarse para prevenir la trombosis venosa profunda en pacientes con restricción física?	A) El empleo de medias de descanso. B) El ejercicio físico. C) La administración de heparinas de bajo peso molecular. D) Todas son correctas.
5	Señale la opción correcta sobre la <i>Antidepressants Adherence Scale</i> :	A) Es confiable para evaluar la falta de adhesión al tratamiento antidepresivo. B) No es válida para evaluar la falta de adhesión al tratamiento antidepresivo. C) Es confiable y válida para evaluar la falta de adhesión al tratamiento en caso de depresión psicótica. D) No puede utilizarse en ausencia de psicosis.
6	¿Qué factores están involucrados en la relación entre el síndrome metabólico y el trastorno bipolar?	A) Los iatrogénicos, fisiológicos y genéticos. B) Los conductuales. C) Los vinculados con el sistema de salud. D) Todos son correctos.
7	¿Cuáles son las estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico vinculadas con el sistema de atención?	A) Asegurar la posibilidad de consulta o derivación de emergencia ante cualquier inconveniente. B) Considerar los obstáculos económicos. C) Evaluar la satisfacción del paciente en forma regular y brindar el apoyo necesario. D) Todas son correctas.
8	Señale la opción correcta sobre el ejercicio físico:	A) Puede disminuir la ansiedad. B) Aumenta la ansiedad. C) Empeora la depresión. D) No afecta la ansiedad ni la depresión.

## Respuestas Correctas

TD N°	Respuesta	Fundamento	Opción
1	La soledad y las limitaciones para efectuar tareas cotidianas.	Los factores de riesgo de conducta suicida incluyen la enfermedad mental, el desempleo, la falta de apoyo social, la soledad, las limitaciones para efectuar tareas cotidianas y los eventos vitales estresantes.	D
2	Aumento de la prevalencia sin modificar la gravedad en forma significativa.	La modificación de los criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada incluidos en el DSM-V resultaría en un aumento de la prevalencia pero no modificaría en forma significativa la gravedad de los casos identificados.	B
3	Quienes adoptan el delirio del paciente primario generalmente presentan cuadros comórbidos.	La <i>folie à deux</i> se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos similares en dos o más individuos que conviven. El cuadro se inicia en el paciente primario, que frecuentemente padece esquizofrenia. En los pacientes secundarios, quienes adoptan el delirio del paciente primario, los cuadros suelen ser comórbidos.	C
4	Es similar frente a lo observado al administrar metilfenidato.	La prevención de la trombosis venosa profunda en pacientes con restricción física puede efectuarse mediante la hidratación, el empleo de medias de descanso, el ejercicio físico y la administración de heparina de bajo peso molecular.	D
5	Es confiable para evaluar la falta de adhesión al tratamiento antidepresivo.	La <i>Antidepressants Adherence Scale</i> resultó confiable y válida para evaluar la falta de adhesión al tratamiento antidepresivo en caso de depresión no psicótica.	A
6	Todos son correctos.	Entre los factores involucrados en la relación entre el síndrome metabólico y el trastorno bipolar se incluyen los iatrogénicos, fisiológicos, genéticos, conductuales, económicos y los vinculados con el sistema de salud.	D
7	Todas son correctas.	Existen estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico vinculadas con el sistema de atención, como asegurar la comunicación telefónica con el paciente y su familia y la posibilidad de consulta o derivación de emergencia ante cualquier inconveniente.	D
8	Puede disminuir la ansiedad.	Las sesiones de ejercicio de 30 minutos como mínimo efectuadas durante 12 semanas como máximo disminuyen la ansiedad. También se informó que el ejercicio tiene un efecto beneficioso en la depresión.	A