

Sumario

- Estigmatización de personas que padecen enfermedades mentales: un estudio de seguimiento en el marco de la campaña de "Cambio de Opinión" del Colegio Real de Psiquiatras**
Crisp A, Gelder M, Goddard E y Meltzer H. página 3
- Efectos de la medicación antidepresiva sobre la morbilidad y mortalidad en pacientes deprimidos luego de un infarto de miocardio**
Barr Taylor C, Youngblood M, Catellier D, Veith R, Carney R, Burg M, Kaufmann P, Shuster J, Mellman T, Blumenthal J, Krishnan R, Jaffe A. Para los Investigadores de ENRICH. página 4
- Predictores clínicos de suicidio en el trastorno depresivo mayor primario**
Coryell W, Young E. página 6
- Tratamiento de la depresión en atención primaria**
Robinson D, Geske J, Prest L, Barnacle R. página 7
- "Un gen para...": La naturaleza de la influencia genética en los trastornos psiquiátricos**
Kendler K. página 8
- Predictores de aceptación y cumplimiento del tratamiento en la anorexia nerviosa. Consecuencias para el diseño de estudios futuros**
Halmi K, Agras S, Crow S, Mitchell J, Wilson T, Bryson S, Kraemer H. página 10
- Desmoralización, anhedonia y duelo en pacientes afectados por enfermedades físicas de gravedad**
Clarke D, Kissane D, Trauer T, Smith G. página 11
- Antidepresivos como tratamiento para los acaloramientos femeninos**
Kockler D, McCarthy M. página 13



Estigmatización de personas que padecen enfermedades mentales: un estudio de seguimiento en el marco de la campaña de "Cambio de Opinión" del Colegio Real de Psiquiatras

Crisp A, Gelder M, Goddard E, Meltzer H.

Colegio Real de Psiquiatras
y Oficina de Estadísticas Nacionales,
Londres, Reino Unido.

Código 12 RP 098-05

En 1998, el Colegio Real de Psiquiatras encomendó a la Oficina de Estadísticas Nacionales la realización de una encuesta nacional sobre opiniones públicas acerca de las personas que padecen enfermedades mentales.

Las opiniones negativas se encontraron ampliamente difundidas, especialmente en relación con los sujetos afectados por esquizofrenia, alcoholismo y dependencia de sustancias de adicción, quienes se consideraban holgadamente impredecibles y peligrosos. En dicha encuesta también se comprobó que las opiniones acerca de distintos trastornos diferían en forma considerable. La encuesta se repitió 5 años más tarde. En este artículo se describen los principales resultados de esta nueva encuesta, los cambios comprobados desde la primera y ciertas características de los individuos que se asocian con las opiniones estigmatizantes. Entre ambas encuestas se realizaron varias campañas contra el estigma, incluida la llevada a cabo por el mencionado Colegio, denominada "Cambio de opinión: Todas las familias del país".

La Oficina de Estadísticas Nacionales llevó a cabo la segunda encuesta en julio de 2003, mediante la metodología establecida de Encuestas Ómnibus de dicha Oficina. Las entrevistas se llevaron a cabo una vez más en una muestra representativa de la población nacional, que comprendía 3.000 domicilios, es decir,

100 de cada uno de los 30 sectores postales (1.725 entrevistas: índice de respuesta, 65%), en las cuales se pesquisó acerca de variables demográficas, acerca de ocho opiniones concernientes a siete trastornos mentales frecuentes y si las personas que respondían la encuesta conocían a alguna otra que padeciera uno de dichos trastornos.

Los siete trastornos eran los siguientes: depresión grave, crisis de angustia (ataques de pánico) o fobias, esquizofrenia, demencia (por ejemplo, enfermedad de Alzheimer), trastorno de la conducta alimentaria (por ejemplo, bulimia y anorexia de origen nervioso), alcoholismo y drogadicción.

Con una sola excepción, las preguntas de la segunda encuesta eran las mismas que las de la primera. La excepción consistía en preguntar si el entrevistado conocía a alguna persona afectada por uno de estos trastornos, a diferencia de la encuesta de 1998, donde se preguntaba si se conocía a alguna persona que padeciera un trastorno mental, sin mencionar afecciones específicas. A continuación, los entrevistados respondían el grado de pertinencia con el cual cada una de las siguientes afirmaciones se podía formular respecto de las personas que manifestaban cada uno de los siete trastornos: "peligrosa para los demás", "impredecible", "difícil de mantener una conversación con ella", "a veces se sienten diferentes de como nosotros nos sentimos", "sólo ellas son responsables de su estado", "podrían recuperarse si lo quisieran", "no mejorarían si recibiesen tratamiento", "nunca se

recuperarán totalmente". Respecto de cada ítem, los entrevistados debían calificarlo según una escala de 5 puntos, los extremos de la cual expresaban aseveraciones establecidas, como (persona) peligrosa para otros-no peligrosa para otros.

El perfil de respuesta de la segunda encuesta fue similar al exhibido en la primera. Sin embargo, hubo cambios importantes. Todos consistieron en reducciones en los porcentajes de las opiniones estigmatizantes, aunque pequeñas con frecuencia, salvo las opiniones informadas sobre tratamiento y resultados. El 77% de las personas que respondieron la encuesta comunicaron que conocían a alguien afectado por uno de los siete trastornos. Aquellos que conocían una persona que padecía depresión grave o pánico y fobias presentaban menor probabilidad de comunicar opiniones estigmatizantes acerca del trastorno correspondiente, pero lo mismo no era pertinente respecto de los demás trastornos. La mayor proporción de opiniones negativas se verificó en el grupo de 16 a

19 años, en tanto que las personas que contestaron la encuesta y poseían mayor nivel de educación, presentaban menor probabilidad que el resto de expresar dichas opiniones.

Los autores concluyen que las opiniones estigmatizantes son frecuentes en la comunidad, pero que los diversos trastornos no se estigmatizan de la misma manera. Tanto el estigma de los demás como el que posee el afectado por su propia enfermedad, hacen que sea más difícil aún que los enfermos reconozcan su problema y soliciten ayuda para resolverlo. Las campañas para reducir el estigma de la enfermedad mental debería tener en cuenta estas diferencias, además de la necesidad de dirigirse a la juventud.

World Psychiatry
2005; 4 (2):106-113

Efectos de la medicación antidepresiva sobre la morbilidad y mortalidad en pacientes deprimidos luego de un infarto de miocardio

*Barr Taylor C, Youngblood M,
Catellier D, Veith R, Carney R,
Burg M, Kaufmann P, Shuster J,
Mellman T, Blumenthal J,
Krishnan R, Jaffe A. Para los
Investigadores de ENRICH*

Departamento de Psiquiatría
y Ciencias de la Conducta,
Centro Médico Stanford,
Stanford, California, EE.UU.

Código 12 RP 0099-05

La enfermedad cardiovascular (ECV) constituye la principal causa de muerte, de mayor morbilidad e incapacidad en hombres y mujeres de los Estados Unidos, estimándose que 6 millones de personas pre-

sentan cardiopatía coronaria sintomática. Por otra parte, la prevalencia de trastorno depresivo mayor (TDM)¹ es, aproximadamente, del 20% en pacientes afectados por un infarto agudo de miocardio (IAM) reciente, en tanto que la prevalencia de depresión menor alcanza cifras similares. En pacientes afecta-

dos por IAM, la depresión es un factor de riesgo de morbilidad (recidiva de infarto no fatal) y mortalidad de causa cardiovascular, independientemente de la gravedad de la cardiopatía.

Aunque los antidepresivos son eficaces para reducir la depresión, la indicación en pacientes afectados por ECV continúa siendo controvertida. Diversos estudios comprobaron que la utilización de antidepresivos tricíclicos se asocia con un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular, en tanto que otros autores demostraron que la paroxetina y nortriptilina son eficaces para tratar la depresión en estos pacientes; sin embargo, la nortriptilina presentaba un mayor índice de incidentes cardíacos adversos que la paroxetina.

El objetivo del presente estudio consistió en realizar un análisis secundario para determinar los efectos de la utilización de antidepresivos sobre la morbilidad y mortalidad en sujetos que padecieron un IAM y participaban en el estudio de Incremento de la Recuperación de la Cardiopatía Coronaria (*Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease* - ENRICHD). Dicho ensayo se llevó a cabo para determinar si el tratamiento de la depresión y del apoyo social insuficiente mediante una intervención psicosocial basada en la terapia cognitiva conductista (TCC), reduce la mortalidad y la recidiva del IAM. En el ensayo clínico se designó en forma aleatoria a 2.481 pacientes afectados por depresión o aislamiento social, o ambos, a recibir una serie de sesiones individuales o grupales de TCC durante 6 a 9 meses, acompañada de farmacoterapia coadyuvante para aquellos sujetos que padecían un cuadro depresivo grave o no presentaban una rápida respuesta a la psicoterapia, o bien a recibir la atención médica habitual.

La depresión se diagnosticó mediante una entrevista clínica estructurada y el análisis secundario se efectuó respecto de 1.834 pacientes incorporados al estudio con dicho diagnóstico (849 mujeres y 985 hombres), entre octubre de 1996 y octubre de 1999.

En cuanto a los criterios principales de valoración, se definió como supervivencia exenta de episodios a la ausencia de defunción o repetición del IAM. También

se examinó la mortalidad debida a toda causa. Con el objeto de relacionar la exposición a fármacos antidepresivos con la morbilidad y mortalidad ulteriores, los datos se analizaron mediante un modelo de covariable dependiente del tiempo.

Durante un período medio de seguimiento de 29 meses, tuvieron lugar 457 episodios cardiovasculares fatales y no fatales.

El riesgo de defunción o repetición del IAM fue significativamente menor en los pacientes tratados con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) [índice de riesgo corregido (IR), 0,57; intervalo de confianza (IC) del 95%, 0,38-0,84], así como lo fue el riesgo de mortalidad por toda causa (IR corregido, 0,59; IC del 95%, 0,37-0,96) y el riesgo de recidiva del IAM (IR corregido, 0,53; IC del 95%, 0,32-0,9), en comparación con los pacientes no tratados con ISRS. En cuanto a los pacientes que recibían antidepresivos inhibidores no selectivos de la recaptación de serotonina, los IR corregidos (con los IC 95% respectivos), fueron 0,72 (0,44-1,18), 0,64 (0,34-1,22) y 0,73 (0,38-1,38), para el riesgo de defunción o repetición del IAM, mortalidad por toda causa y de recidiva del IAM, respectivamente, comparados con pacientes no tratados.

No están aclarados los mecanismos por los cuales la depresión puede afectar la morbimortalidad cardiovascular, en tanto que los efectos favorables de los ISRS parecen relacionarse con la reducción de ciertos factores de riesgo, entre los cuales se citan el mejoramiento de la variabilidad de la frecuencia cardíaca (es decir, del control o tono autonómico cardíaco), la disminución del tono simpático general y de la actividad plaquetaria.

En conclusión, las evidencias indican que los ISRS son agentes con adecuado perfil de seguridad para pacientes afectados por depresión que experimentan un IAM, e incluso pueden disminuir la morbilidad y mortalidad cardiovascular ulterior. Se precisa llevar a cabo un ensayo controlado para examinar este importante problema clínico.

Nota del Editor:

Códigos DSM-IV (CIE-10): 1TDM: F32.x (episodio único)
F33.x (recidivante)

Archives of General Psychiatry
2005; 62:792-798

Predictores clínicos de suicidio en el trastorno depresivo mayor primario

Coryell W, Young E.

Departamento de Psiquiatría,
Facultad de Medicina Carver
de la Universidad de Iowa,
Iowa City, Iowa, EE.UU.

Código 12 RP 0100-05

En la actualidad, el suicidio constituye la décima causa principal de defunción en los Estados Unidos; en 2003 se suicidaron más de 30.000 individuos. Los estudios que practican la autopsia psicológica demostraron que hasta el 86% de los sujetos que se suicidan cursan episodios de trastorno depresivo mayor (TDM)¹ en oportunidad de quitarse la vida, en tanto que importantes proporciones de dichos individuos presentaban un diagnóstico de trastorno depresivo, establecido por un profesional de la salud, en el término de los 6 meses previos a la muerte. Aunque ha habido un notable aumento del reconocimiento de los trastornos depresivos y de la indicación de antidepresivos en ese país, sólo se ha producido una magra disminución de los índices de suicidio, la cual se limita al género femenino. Los médicos en general y los psiquiatras en particular, deben ponderar los riesgos de suicidio en pacientes afectados por trastornos depresivos para establecer las medidas de protección hasta resolver la afección o comprobar una mejoría sustancial de la misma. Dichas medidas abarcan desde un mayor número de consultas ambulatorias hasta la decisión de internar al paciente, voluntariamente o no. Luego, cuando tiene lugar la internación, el médico debe decidir la oportunidad del alta y es posible que lo haga bajo la presión del paciente, familiares o terceros. Lamentablemente, la investigación sobre factores predictores de suicidio posee escaso consenso acerca de cómo determinar el riesgo en forma más conveniente en dichas circunstancias. El simple interrogatorio del paciente acerca de planes suicidas no parece adecuado. Un estudio reciente describió a 76 casos de suicidio consumado mientras estaban internados o inme-

diatamente después del alta, y comprobó que el 78% de ellos habían negado manifestar ideación al respecto cuando preguntados.

Por otra parte, y debido a diversas limitaciones, los estudios de seguimiento de pacientes afectados por trastornos depresivos han identificado sólo unos pocos predictores reproducibles de suicidio y no han explorado las posibles interacciones entre ellos. Así, el siguiente análisis se efectuó a partir de una amplia cohorte de pacientes afectados por trastorno depresivo a quienes se administró entrevistas estructuradas detalladas hace 2 décadas. La serie de datos sobre la cual se basa este análisis fue recogida entre 1976 y 1990. Personal de la investigación administró el Programa de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia a 785 adultos que padecían trastorno depresivo mayor (según los Criterios Diagnósticos de la Investigación), pero no manifestaban otros trastornos del Eje I. Se utilizó el Índice Nacional de Defunciones para establecer la situación respecto de la mortalidad en 2003.

En cuanto a los resultados, 1 de cada 4 fallecimientos del total de 134, se debió a suicidio, para conformar un índice general de suicidio del 4,2%. En comparación con los restantes 752 pacientes, los 33 que fallecieron por suicidio presentaban mayor probabilidad de haber estado internados y poseer antecedentes de intentos de suicidio en el momento de la evaluación inicial. Además, era más probable que fueran hombres y separados o divorciados en ocasión de la evaluación inicial. Dichos pacientes también habían expresado mayor grado de desesperanza y exhibían puntajes mayores de tendencia suicida. La última de estas variables era –con mucho– la más intensa y, cuando se examinó junto con otros predictores en análisis de regresión, fue la única que mantuvo un valor significativo ($p < 0,0001$). No se evidenciaron interacciones entre predictores. Al igual que en un estudio anterior de características similares, la calificación de la tendencia suicida era predictora de suici-

Nota del Editor:

Códigos DSM-IV (CIE-10): 1TDM: F32.x (episodio único)
F33.x (recidivante)

dios que tenían lugar después del primer año de seguimiento, lo cual indica que las tendencias suicidas contienen un rasgo que persiste en el tiempo y entre episodios.

Es dudoso que cualquier predictor clínico o biológico de suicidio se aproxime alguna vez a la sensibilidad o especificidad exigidas a la mayoría de los exámenes de laboratorio en medicina, lo cual no significa que prestar atención a ciertos factores predictores no salve vidas. A propósito de esto, se concluye que una evaluación global de conducta e ideación suicidas consti-

tuye el predictor individual de mayor importancia de suicidio ulterior en pacientes afectados por trastorno depresivo mayor. Los médicos a cargo de tratar dichos pacientes deberían atenerse a este hallazgo, realizado en el contexto de una entrevista estructurada que requería valorar el ítem.

Journal of Clinical Psychiatry
2005; 66 (4):412-417

Tratamiento de la depresión en atención primaria

Robinson D, Geske J, Prest L, Barnacle R.

Departamento de Medicina Familiar, Centro Médico de la Universidad de Nebraska, Omaha, Nebraska, EE.UU.

Código 12 RP 0101-05

La depresión constituye el cuarto problema de salud de mayor prevalencia en el mundo, en tanto que este trastorno mental implica un costo anual de 30.000 a 40.000 millones de dólares a los Estados Unidos, en cuanto a pérdida de productividad y costos médicos directos. Los pacientes afectados por depresión presentan un índice de ausentismo laboral por enfermedad que duplica el respectivo de la población general. Los costos de atención de la salud para estos pacientes superan en el 50 al 100% a los que demandan los sujetos comparables no afectados por depresión. Este incremento de gastos se debe a una mayor utilización de medicamentos, no a la atención especializada de salud mental. Otros costos asociados con la depresión incluyen el deterioro de la capacidad de concentración, el fracaso para avanzar en las tentativas educativas o vocacionales, el aumento de abuso de sustancias, el deterioro o pérdida de las relaciones interpersonales y el suicidio.

Nota del Editor:

Códigos DSM-IV (CIE-10): 1TDM: F32.x (episodio único)
F33.x (recidivante)

Los médicos de atención primaria son los únicos contactos en más del 50% de los enfermos mentales y, por lo tanto, se consideran como el sistema de facto de atención en salud mental y desempeñan un papel fundamental en la identificación y tratamiento de la depresión en particular. Se calcula que aproximadamente la tercera parte de los pacientes atendidos en el marco de la atención primaria reúne los criterios diagnósticos de alguna forma de depresión, en tanto que el 10% padece un trastorno depresivo mayor (TDM).¹ La prevalencia de TDM es 2 a 3 veces más frecuente en pacientes de atención primaria, en comparación con la población general, debido a que estas personas realizan mayor número de consultas.

A fin de asegurar el tratamiento eficaz de este importante problema de salud, la Agencia de Política e Investigación en Atención de la Salud, la Administración de Salud de Veteranos (de guerra) del Ministerio de Defensa y la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, han publicado recomendaciones basadas en la evidencia para tratarlo. Así, se indica fármaco y psicoterapia (tratamiento combinado) para la depresión grave o moderada; si el cuadro es de grado leve a moderado y el paciente se encuentra motivado para

tratar temas psicológicos e interpersonales, se indica la psicoterapia.

El presente estudio se centra en las opciones terapéuticas recomendadas por los médicos y si éstos se guiaban por las pautas vigentes. A partir de la revisión de historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico reciente de depresión, se registraron los tratamientos indicados. Los pacientes eran atendidos por 44 especialistas en medicina familiar y 23 especialistas en medicina interna general, en el marco de un centro médico universitario del oeste medio de aquel país.

En cuanto a los resultados, para ambas especialidades médicas, la farmacoterapia combinada con psicoterapia constituía la intervención indicada con mayor frecuencia (52% de los pacientes), en tanto que la psicoterapia exclusiva era la intervención indicada con menor frecuencia (para 4% de los pacientes). Los especialistas en medicina familiar aconsejaban el tratamiento combinado con mayor frecuencia que los especialistas en medicina interna general, en tanto que las médicas indicaban el tratamiento combinado con mayor frecuencia que sus pares varones.

Se han identificado numerosas barreras que explican la discrepancia entre la investigación, las pautas de tratamiento eficaz y las preferencias de los pacientes por un lado y, por el otro, las decisiones terapéuticas efectivamente tomadas al respecto.

Entre los obstáculos considerados se incluyen el diagnóstico deficiente del trastorno, las dificultades para adherir al tratamiento por parte de los pacientes, los aspectos económicos, la comunicación médico-paciente ineficaz y ciertos aspectos concernientes a indicar un tratamiento antidepresivo estándar en pacientes bipolares (puede inducir manía y empeorar el cuadro a largo plazo).

En conclusión, los resultados comprueban que la farmacoterapia era el tratamiento más ampliamente utilizado, a pesar de las recomendaciones actuales basadas en la evidencia; también se verifican los obstáculos relacionados con la administración de un plan terapéutico eficaz y las consecuencias (que esto representa) para las intervenciones de salud mental, el tratamiento combinado y la compensación económica. Las investigaciones ulteriores que exploren el proceso de negociación durante el encuentro entre paciente y prestador de salud deberían aclarar los factores que influyen sobre la toma de decisiones terapéuticas dependientes de dichos actores.

Journal of the American Board
of Family Practice
2005; 18 (2):79-86

"Un gen para...": La naturaleza de la influencia genética en los trastornos psiquiátricos

Kendler K.

Instituto Virginia de Psiquiatría y Genética
de la Conducta, Departamentos
de Psiquiatría y Genética Humana,
Facultad de Medicina de Virginia,
Universidad de la Mancomunidad
de Virginia, Richmond, Virginia, EE.UU.

Código 12 RP 0102-05

Los últimos 20 años han sido testigos del ascenso del "Discurso Genético", del cual una frase central,

ampliamente escuchada tanto en el campo lego como en el profesional, es "X es un gen para Y", donde X es un gen particular del genoma humano e Y es uno de la extensa variedad de trastornos o rasgos humanos

complejos, como depresión, agresión, orientación sexual, obesidad, infidelidad, alcoholismo o esquizofrenia.

El presente artículo comienza por reseñar brevemente los orígenes históricos de esta frase, luego propone criterios para evaluar la validez del concepto de las relaciones entre gen y fenotipo que la sustenta y, a continuación, se revisan las evidencias de la genética psiquiátrica dirigidas a cada uno de los criterios mencionados. El ensayo concluye con observaciones generales sobre los preconceptos en boga y la realidad de la influencia genética sobre dichas afecciones.

En el siglo XX el discurso genético se concentró mayormente en la naturaleza de lo que Mendel denominó originalmente “precursores” o “elementos” y luego devinieron “genes”, en 1909. De las múltiples perspectivas acerca de la naturaleza de los “genes”, la que interesa al autor -un gen definido por el fenotipo que causa- se originó en la teoría del desarrollo denominada “preformación”, en la cual los genes -como “precursores” en la teoría de la preformación- “codifican para” las cualidades características de modo simple, directo e intenso. En esta teoría se considera que los óvulos y espermatozoides contienen todas las peculiaridades del organismo maduro; así, el desarrollo consistiría en la sola expansión de las características preformadas. En otras palabras, estos precursores son efectivamente *para* las características adultas, con las cuales mantienen una relación causal directa.

Así, el autor propone cinco criterios para evaluar si el modelo -genes para fenotipos- es adecuado para los trastornos psiquiátricos, a saber:

- 1) intensidad de la asociación,
- 2) especificidad de la relación,
- 3) no contingencia del efecto,
- 4) proximidad causal de X respecto de Y, y
- 5) el grado con el cual X constituye el nivel apropiado de explicación de Y.

En suma, el autor argumenta que si el gen X posee una asociación intensa y específica con la enfermedad Y en todos los ambientes conocidos y la vía fisiológica de X a Y es concisa o se comprende bien, entonces puede que sea correcto considerar que X es un gen para Y.

Sin embargo, previamente se precisan algunos detalles. El fundamento científico de la mayoría de

los asertos del modelo en cuestión, es el resultado de una prueba estadística denominada análisis de asociación. En su forma más simple, esta prueba compara la frecuencia de variantes específicas del ADN en o alrededor del gen X en una serie de casos afectados por el trastorno Y, con una serie “control” de sujetos compatibles. Se aduce una asociación si la frecuencia de estas variantes difiere significativamente entre los casos y los sujetos del grupo control.

Tanto en el sentido conceptual como en el estadístico, este enfoque no se diferencia de los métodos utilizados comúnmente en las ciencias biomédicas y sociales para evaluar la asociación entre factores de riesgo presuntos y variables de evolución como la de fumar y el cáncer de pulmón o la del abuso sexual infantil y la depresión.

En consecuencia, las afirmaciones genéticas deterministas estándar como “un gen para...” se basan en razones estadísticas y no biológicas. Los estudios biológicos que rastrean las vías etiológicas desde X hasta Y deberían seguir las exigencias de asociación y ciertamente aportarían datos confirmatorios. Sin embargo, hasta la fecha son excepcionales en lo que se refiere a psiquiatría genética. Por sí solo, un valor significativo de *p* en un estudio de asociación no nos dice nada acerca de la naturaleza de la relación causal entre el gen y la enfermedad.

Se concluye que la contribución genética a los trastornos psiquiátricos no satisface ninguno de los 5 criterios propuestos en relación con el concepto de “X es un gen para Y”. La repercusión de los genes individuales sobre el riesgo de padecer una enfermedad psiquiátrica es pequeña, a menudo inespecífica, y se encuentra sujeta a complejas vías causales.

La frase “un gen para...” y el concepto -basado en la teoría de la preformación- de la influencia genética que la fundamenta, son inadecuadas para los trastornos psiquiátricos. Aunque se desee que fuera verdad, no se poseen ni es probable que se descubran jamás “genes para” la enfermedad psiquiátrica.

Predictores de aceptación y cumplimiento del tratamiento en la anorexia nerviosa. Consecuencias para el diseño de estudios futuros

*Halmi K, Agras S, Crow S,
Mitchell J, Wilson T,
Bryson S, Kraemer H.*

Departamento de Psiquiatría,
Facultad de Medicina Weill
de la Universidad de Cornell,
División Westchester del Hospital
Presbiteriano de Nueva York,
White Plains, Nueva York, EE.UU.

Código 12 RP 0103-05

La anorexia nerviosa (AN)¹ constituye uno de los trastornos psiquiátricos más difíciles de tratar. A pesar del perfeccionamiento de las técnicas terapéuticas, una reseña reciente mostró escasa evidencia concluyente acerca del mejoramiento de los resultados en esta enfermedad.

Existe un número muy escaso de estudios terapéuticos controlados y aleatorizados sobre anorexia nerviosa, debido a varias razones, a saber: el trastorno es relativamente esporádico, de manera que es difícil generar un tamaño de muestra adecuado en cualquier centro de investigación; los pacientes afectados por anorexia nerviosa presentan una notable resistencia al tratamiento y, en el mejor de los casos, son ambivalentes hacia él; por último, las complicaciones médicas de la afección requieren a menudo abandonar los protocolos de tratamiento.

Existen varias explicaciones posibles para la resistencia a cumplir con el tratamiento por parte de estos pacientes. Una de ellas es que la anorexia nerviosa ejerce una intensa función positiva en la vida del paciente, al proporcionarle una evasión a las cuestiones adversas del desarrollo o los acontecimientos vitales estresantes, con frecuencia de carácter interpersonal. Así, el trastorno adquiere un carácter reforzador y

la perspectiva de renunciar a la modalidad anoréxica de la conducta es temible para el afectado. Otra explicación es la naturaleza egosintónica del trastorno, demostrada por la negativa del paciente a aceptar la seriedad de las consecuencias que presenta la enfermedad para la salud general. En conjunto, estos factores dan cuenta de la dificultad para incorporar números suficientes de enfermos a los ensayos clínicos e inducirlos a cumplir y terminar los tratamientos, lo cual da por resultado comparaciones terapéuticas menos que concluyentes.

En consecuencia, el objetivo del presente estudio consistió en evaluar los factores que conducen a no aceptar y no cumplir con el tratamiento, administrado mediante dos modalidades específicas: terapia cognitiva conductista (TCC), fluoxetina o la combinación de ambas, durante 1 año.

Los objetivos de la TCC se centraban en modificar las creencias distorsionadas acerca del peso y la figura del paciente y examinar el papel de la afección en términos interpersonales, para establecer conductas alimentarias sanas. En tanto que se esperaba que la fluoxetina aliviara las preocupaciones y rituales persistentes de los pacientes.

El estudio se realizó mediante un diseño prospectivo aleatorizado, en el marco de tres centros de investigación de los Estados Unidos, el Centro Médico Weill-Cornell en White Plains, Nueva York, la Universidad de Minnesota en Minneapolis y la Universidad de Stanford en California. Participaron 122 pacientes que reunían

Nota del Editor:

Códigos DSM-IV (CIE-10): ¹AN: F50.0

los criterios de anorexia nerviosa, según el DSM-IV. Los criterios principales de valoración consistieron en los índices de abandono y aceptación del tratamiento (definida como una permanencia mínima de 5 semanas en tratamiento).

En cuanto a los resultados, de los 122 casos aleatorizados, 21 (17%) fueron excluidos, debido al fracaso del tratamiento (definido como una pérdida de peso superior al 70% del peso proyectado, en cualquier momento del estudio) o si los pacientes experimentaban complicaciones médicas; el índice de abandono general fue del 46% (56/122), y si se computa la cifra respecto del número de 101 pacientes restantes, dicho índice alcanzaba al 55% (56/101). La aceptación del tratamiento se comprobó en 89 (73%) de los 122 casos aleatorizados. De los 41 pacientes designados a recibir medicación exclusiva, la aceptación se verificó en 23 (56%). En los otros 2 grupos, el índice de aceptación se diferenció por los puntajes elevados y bajos de preocupación obsesiva (índices del 91 y 60%, respectiva-

mente). El muy bajo índice de aceptación en el grupo de medicación exclusiva no parece corresponder si la medicación se administra combinada con alguna modalidad psicoterapéutica. El único predictor de cumplimiento del tratamiento fue la autoestima elevada, la cual se asoció con un índice del 51% de aceptación del tratamiento.

En conclusión, la aceptación del tratamiento y los índices relativamente altos de abandono plantean un problema principal para la investigación en relación con la terapéutica de la anorexia nerviosa. Ciertas características diferenciales predicen los índices de abandono y aceptación del tratamiento, los cuales deben estudiarse cuidadosamente antes de llevar a cabo ensayos terapéuticos comparativos.

Archives of General Psychiatry
2005; 62:776-781

Desmoralización, anhedonia y duelo en pacientes afectados por enfermedades físicas de gravedad

Clarke D, Kissane D, Trauer T, Smith G.

Departamento de Psicología Médica, Centro Médico Monash, Clayton, Australia.

Código 12 RP 0104-05

Es frecuente que los pacientes afectados por enfermedades de origen físico presenten un estado de ánimo depresivo; así, los índices de prevalencia varían entre el 12 y el 30%.

Sin embargo, existe una fuerte corriente de opinión de que los sistemas diagnósticos tradicionales no perciben adecuadamente la gama y naturaleza de los estados de ánimo que manifiestan los sujetos que padecen una enfermedad física, en tanto que se carece de una "diferenciación sintomática" en la cla-

sificación de depresión. En respuesta a tales conceptos, se realizó un estudio sobre la estructura latente de los síntomas en este tipo de enfermos con el objeto de elaborar una suerte de taxonomía de los síndromes importantes de distrés.

En una muestra de 312 pacientes internados debido a distintas enfermedades de origen físico, se identificaron y distinguieron las dimensiones de desmoralización, anhedonia, duelo, además de los síntomas autonómicos de ansiedad y somáticos.

La desmoralización se caracterizó por sentimientos de imposibilidad de afrontar los problemas, zozobra, aprensión, impotencia, desesperanza, fracaso personal y soledad; la anhedonia se definió como la pérdida de la capacidad de experimentar placer por las cosas y un sentimiento acompañante de pérdida de interés; el duelo se caracterizó como sentimientos de pérdida con pensamientos intrusivos acerca de la pérdida, angustia y añoranza. Los pacientes desmoralizados se encontraron afectados por mayor grado de angustia que los sujetos que padecían depresión con anhedonia, pero presentaban menor grado de disfunción social.

En el presente estudio, los autores se propusieron examinar si dicha clasificación taxonómica numérica podía reproducirse en otra muestra de pacientes afectados por enfermedades de origen físico.

Dado que la impotencia y desesperanza son decisivas para el concepto de desmoralización, se decidió estudiar el fenómeno en pacientes para quienes no existe un tratamiento curativo disponible (afectados por cáncer internados en un servicio de cuidados paliativos y pacientes afectados por enfermedad de la neurona motora).

Otro objetivo consistió en examinar la validez convergente y discriminatoria de los factores (provisionalmente desmoralización y anhedonia), observando las correlaciones en una serie de evaluaciones concurrentes. Se partió de la hipótesis de que la anhedonia y la desmoralización exhibirían una alta correlación en las escalas estándar de depresión –las cuales de por sí son inespecíficas en cuanto al subtipo de depresión–, pero que se diferenciarían respecto de la desesperanza y el rasgo de optimismo. Si la desesperanza es central para el concepto de desmoralización, el rasgo de optimismo ha demostrado ser un predictor importante de afrontamiento

de problemas y su relación con el estado de salud y, en el contexto de este estudio, se propuso que dicho rasgo ejercería un efecto protector contra la desmoralización.

También se evaluó el funcionamiento físico, el estilo para encarar problemas, el apoyo social y la ansiedad y características neuróticas como rasgo.

Las tres expresiones se correlacionaron en forma equivalente (en mayor o menor medida) en las escalas de evaluación de la depresión (el Inventario de Depresión de Beck y el Cuestionario de Salud del Paciente), aunque se diferenciaron en cuanto a los estilos de afrontamiento de los problemas y el funcionamiento social, familiar y físico.

La disfunción física contribuyó en forma singular a la anhedonia, en tanto que la falta de cohesión familiar, la calidad deficiente del apoyo social y el estilo evitativo para encarar los problemas se asociaron en forma singular a la desmoralización.

En el análisis de variables múltiples, la desmoralización por sí sola no se halló asociada significativamente con la gravedad de la enfermedad o el funcionamiento físico, lo cual no quiere decir que la enfermedad de causa física no se relacione con la desmoralización. Al contrario, es a partir de la experiencia de enfermedad lo que proporciona el marco en el cual se manifiestan los sentimientos de impotencia.

Sin embargo, los resultados de este estudio indican que, dado un estado grave de salud por causa física, una serie de factores sociales y psicológicos contribuye a la desmoralización con mayor intensidad que los factores de la propia enfermedad de origen físico.

Estos resultados confirman la utilidad y la validez científica de discriminar entre depresión con desmoralización y depresión con anhedonia. Agrega precisión a la caracterización de los estados disfóricos y proporciona un marco empírico para mejorar la investigación en relación con la etiología y tratamiento de la depresión.

Antidepresivos como tratamiento para los acaloramientos femeninos

Kockler D, McCarthy M.

Servicios de Información Farmacológica,
Universidad de la Mancomunidad de Virginia,
Hospitales de la Facultad de Medicina
de Virginia, Richmond, Virginia, EE.UU.

Código RP 0105-05

Los acaloramientos constituyen uno de los problemas más molestos para muchas mujeres menopáusicas y supervivientes de cáncer de mama. Se describen como episodios transitorios de sensación de calor excesivo, a menudo acompañada de palpitaciones y ansiedad, seguidos de sudoración profusa y ocasionalmente escalofríos y temblores, con una frecuencia, duración e intensidad variables.

En la mayoría de las mujeres se manifiestan con regularidad durante los primeros 2 años de menopausia. En tanto que la patogenia precisa no se estableció por completo, se trata de fenómenos vasomotores supuestamente originados en el hipotálamo anterior y asociados con una deficiencia de la termorregulación debida al repliegue estrogénico. También parece existir una relación entre el comienzo de los acaloramientos y la liberación de hormona luteinizante, aunque se han informado en pacientes con niveles reducidos o nulos de dicha hormona.

Otras teorías sugieren que, además de la disminución de los niveles de estrógenos, otros mediadores de acción central (es decir, 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol -un metabolito de la noradrenalina-, dopamina y serotonina) pueden ser responsables o encontrarse asociados con este síntoma.

Hace ya tiempo que se ha reconocido que la hormonoterapia constituye el tratamiento principal para los acaloramientos, reduciéndose su frecuencia en mujeres posmenopáusicas en el 78 al 90%. No obstante, este tratamiento está contraindicado -en general- en pacientes afectadas por cáncer de mama, debido a los posibles efectos hormonales sobre el crecimiento y progresión del tumor. Por otra

parte, los resultados provisionales del ensayo clínico denominado Iniciativa para la Salud Femenina, revelaron que el tratamiento hormonal prolongado (5 años o más) en mujeres posmenopáusicas sanas incrementaba el riesgo de accidente cerebrovascular, episodios de tromboembolismo, cardiopatía y cáncer de mama. Dadas las crecientes preocupaciones y riesgos ulteriores, se precisan alternativas farmacológicas no hormonales para el tratamiento a largo plazo de los acaloramientos.

Diversos ensayos evaluaron la capacidad de numerosos agentes no hormonales para aliviar estos síntomas, incluidos la clonidina, metildopa, propranolol, vitamina E, alcaloides de la belladona y gabapentín. Los resultados mostraron beneficios variables y a menudo los efectos adversos limitaban el uso. También se estudiaron medicamentos alternativos, la acupuntura y terapias conductistas, con resultados contradictorios, y datos insuficientes para establecer la eficacia a largo plazo.

Varios fármacos antidepresivos, específicamente venlafaxina, fluoxetina y paroxetina, indicados principalmente para el tratamiento de trastornos depresivos y de ansiedad generalizada, se identificaron como agentes que podrían actuar favorablemente sobre los acaloramientos en mujeres.

El mecanismo por el cual ejercerían esta acción no se ha aclarado del todo, pero se ha documentado una disminución de los niveles de serotonina (5-HT), posiblemente debida al repliegue estrogénico, en mujeres que cursan la menopausia, espontánea o quirúrgica. Se sugirió que la 5-HT pueda ser un factor que interviene en la termorregulación de los mamíferos, específicamente en relación con los receptores 5-HT_{1a} y 5-HT_{2a}. Estos receptores deben mantener cierto equilibrio para conservar una termo-

rregulación óptima. Es posible que la regulación ascendente de receptores de 5-HT hipotalámicos modifique el punto inicial establecido de regulación de la temperatura y, como consecuencia, se active una función autonómica para disminuir la temperatura corporal. Esta acción da por resultado una elevación de la temperatura cutánea y sudoración.

Los autores realizaron una reseña bibliográfica de los ensayos clínicos publicados hasta la fecha, sobre los 3 antidepresivos mencionados. Los resultados indican que la venlafaxina, fluoxetina y paroxetina reducen la frecuencia (disminución media de 50 a 67%) y gravedad de los episodios de acaloramiento, aunque no con la eficacia observada en la

hormonoterapia. Sin embargo, estos antidepresivos constituyen una opción razonable para aliviarlos, especialmente dados los efectos adversos graves asociados con la terapia hormonal a largo plazo y las contraindicaciones generales para utilizarla en ciertas pacientes. La selección de los agentes debería basarse en la tolerabilidad y las pequeñas diferencias en los perfiles de efectos colaterales.

American Journal of Health-System Pharmacists
2004; 61 (3):287-292



r e v i e w d e p s i q u i a t r í a

es una publicación de Grafic Team para Laboratorios Casasco S.R.L.

Los conceptos publicados son responsabilidad de los autores.

Copyright para Argentina y América Latina. Propiedad Intelectual N° 108.784

