

Sumario

Precisión de la versión italiana de la Lista de Valoración de Hipomanía para la evaluación de trastornos bipolares y comparación con el Cuestionario de Trastornos de la Afectividad en una muestra clínica

Carta MG, Hardoy MC, Cadeddu M, Murru A, Campus A, Morosini PL, Gamma A, Angst J. página 3

Riesgo de suicidio asociado con internaciones psiquiátricas. Evidencia basada en registros longitudinales

Qin P, Nordentoft M. página 4

Interacción entre acontecimientos estresantes de la vida y polimorfismo de un transportador de la serotonina en la predicción de episodios de depresión mayor. Una replicación

Kendler KS, Kuhn JW, Vittum J, Prescott CA, Riley B. página 6

Sueño y conducta juvenil suicida: un área desatendida

Liu X, Buysse DJ. página 7

Tabaquismo y riesgo de comportamiento suicida. Un estudio prospectivo sobre una muestra comunitaria

Breslau N, Schultz LR, Johnson EO, Peterson EL, Glenn CD. página 9

Un ensayo aleatorizado y controlado sobre estimulación magnética transcraneal bilateral de tipo repetitiva secuencial para la depresión resistente al tratamiento

Fitzgerald PB, Benitez J, Castella A, Daskalakis ZJ, Brown TL, Kulkarni J. página 10

Problemas en la psicoterapia de pacientes suicidas

Hendin H, Haas AP, Maltzberger JT, Koestner B, Szanto K. página 11

Orígenes genéticos y ambientales de la ansiedad por el estado de salud: un estudio sobre parejas de gemelos

Taylor S, Thordarson DS, Jang KL, Asmundson GJG. página 13

Año 3 - Número 14

 **CASASCO**
www.casasco.com.ar

review
de psiquiatría



Precisión de la versión italiana de la Lista de Valoración de Hipomanía para la evaluación de trastornos bipolares y comparación con el Cuestionario de Trastornos de la Afectividad en una muestra clínica

*Carta MG, Hardoy MC,
Cadeddu M, Murru A,
Campus A, Morosini PL,
Gamma A, Angst J.*

*División de Psiquiatría,
Departamento de Salud Pública,
Universidad de Cagliari, Italia.
Instituto Nacional de Salud,
Roma, Italia y Hospital Psiquiátrico
Universitario de Zürich, Suiza.*

Código 14 RP 0114-06

El trastorno bipolar es un cuadro psiquiátrico recurrente de naturaleza crónica y sumamente invalidante. Muchas veces es subdiagnosticado, retrasando de ese modo la instauración de tratamientos eficaces; se ha estimado que de uno a dos tercios de los individuos que padecen trastornos bipolares no reciben tratamiento adecuado debido a un diagnóstico incorrecto. En particular, es frecuente que la hipomanía, en tanto elemento del trastorno bipolar II, no sea vivenciada y reconocida por el paciente como patológica, por ende no informada a los médicos y subdiagnosticada en el 25 al 50% de los pacientes depresivos.

Por lo tanto, un instrumento de valoración de administración sencilla para la autodeterminación puede resultar de utilidad en la práctica clínica, especialmente en contextos de grupos importantes de pacientes derivados para su evaluación psiquiátrica antes de iniciar determinadas terapéuticas médicas, como interferón, o tratamientos hormonales, que conllevan una carga de riesgo para los trastornos psiquiátricos.

El presente estudio se llevó a cabo sobre una muestra de pacientes psiquiátricos que concurrían a una

clínica de salud mental, con una proporción elevada de pacientes derivados del hospital general para su evaluación psiquiátrica.

El objetivo del estudio fue obtener una estandarización preliminar de una versión italiana de la Lista de Valoración de Hipomanía (HCL-32) como instrumento de evaluación para trastornos bipolares, y comparar los resultados con un estudio anterior que se llevó a cabo sobre una muestra equivalente y en el mismo contexto, utilizando el Cuestionario de Trastornos de la Afectividad (MDQ). El MDQ es un instrumento de valoración de trastornos bipolares reconocido internacionalmente que parece ser sensible para la identificación de trastornos bipolares I pero, probablemente, menos sensible en el caso de trastornos bipolares II.

En este estudio, se evaluaron 123 sujetos consecutivos con el objeto de determinar la existencia de trastornos bipolares (TB) mediante el uso de la traducción italiana del HCL-32, y se efectuaron entrevistas diagnósticas profesionales siguiendo el SCID. La muestra del estudio previo que utilizó CTH comprendió 154 sujetos. Los resultados indican que, en base al SCID, 26 individuos recibieron diagnóstico de trastorno bipolar/esquizoafectivo, en 57 casos se diagnosticó por lo menos otro trastorno psiquiátrico,

mientras que 40 sujetos no presentaron compromiso relacionado con ningún tipo de trastorno psiquiátrico. La comparación de los casos bipolares con todos los demás pacientes del HCL-32 mostró un grado adecuado de precisión.

La comparación con el MDQ muestra que ambas herramientas de pesquisa permiten obtener buenos resultados, pero el HCL-32 parece ser más sensible para detectar trastornos bipolares de tipo II. Los puntos de corte con igual sensibilidad muestran una mejor especificidad para HCL-32; los puntos de corte que muestran la misma especificidad tienen mejor sensibilidad para HCL-32. Además, se comprobó que la herramienta posee una adecuada precisión como instrumento de pesquisa de TB en un contexto psiquiátrico, con una tasa baja de falsos negativos, y un grado bastante bueno de identificación de TB-II. Los resultados del estudio indican un adecuado desempeño, por lo menos desde un punto de vista preliminar, en un contexto de especialidad y aplicando un estándar de oro tradicional (diagnósticos SCID).

Los resultados confirman una validación preliminar conducida sobre una muestra italiana y una sueca en la cual el HCL-32 permitió diferenciar entre pacientes ambulatorios con trastornos bipolares o con depresión mayor. El resultado se basó en la hipótesis de que los criterios DSM-IV para hipomanía eran demasiado estrictos. Por este motivo el estudio anterior utilizó una versión modificada de SCID.

El reconocimiento de los trastornos bipolares tipo II en pacientes con episodios de depresión mayor constituye un problema importante; por consiguiente el HCL-32 como herramienta para la autodeterminación de síntomas hipomaniacos puede resultar de suma utilidad para identificar casos en que se sospechan trastornos bipolares. Se requiere la realización de más estudios para verificar la precisión de esta herramienta en contextos no psiquiátricos y en la población general.

Clinical Practice and Epidemiology
in Mental Health 2006; 2:2

Riesgo de suicidio asociado con internaciones psiquiátricas. Evidencia basada en registros longitudinales

Qin P, Nordentoft M.

Centro Nacional de Investigaciones basadas
en Registros, Universidad de Aarhus, Aarhus
y Departamento de Psiquiatría del Hospital
Bispebjerg, Copenhagen, Dinamarca.

Código 14 RP 0115-06

Muchos estudios clásicos retrospectivos sobre casos de autopsia han indicado de manera consistente que la mayoría de los suicidios consumados, en ocasiones más del 90%, cumple con los criterios de un

diagnóstico psiquiátrico. Los estudios clínicos también han demostrado que pacientes con trastornos mentales presentan riesgo aumentado de suicidio, y que este es particularmente elevado inmediatamente después del alta psiquiátrica. Se han confirmado estos hallazgos en estudios previos basados sobre da-

tos de los registros de la población de Dinamarca, que también mostraron diferencias significativas de género en el riesgo de suicidio asociado con enfermedad psiquiátrica, que requiere internación en hospitales psiquiátricos, pero no se sabe mucho sobre las influencias de factores relacionados con la hospitalización psiquiátrica. En el estudio presentado, el objetivo de los autores fue obtener una mayor comprensión acerca del riesgo de suicidio en internaciones psiquiátricas. Se examinó detalladamente la forma en que varía el riesgo de suicidio según el tiempo transcurrido desde la última internación o el alta psiquiátrica, los diagnósticos principales, la duración del tratamiento hospitalario y el número total de internaciones psiquiátricas.

El diseño del estudio fue de casos-control agrupados, y los datos fueron extraídos del Registro Psiquiátrico Central de Dinamarca. Se incluyeron los 13.681 suicidios masculinos y 7.488 femeninos cometidos en Dinamarca entre el 1º de enero de 1981 y el 31 de diciembre de 1997, así como 423.128 sujetos control pertenecientes a la población general y apareados según género, edad y momento calendario del suicidio. La medida evolutiva principal fue el riesgo de suicidio estimado según regresión logística condicionada. Los datos se ajustaron según factores socioeconómicos.

La posibilidad de obtener datos de este tipo de registros longitudinales en Dinamarca determina que éste sea el primer estudio que logró establecer el efecto de distintos factores relacionados con internaciones psiquiátricas y riesgo de suicidio. En Dinamarca, todos los residentes tienen acceso igualitario a los hospitales psiquiátricos y los tratamientos son gratuitos. Desde 1969 existe un registro computarizado de los datos de cada internación denominado Registro Psiquiátrico Central. Estas características permiten obtener información precisa y acumulada sobre los antecedentes de internaciones psiquiátricas, y estos datos no se encuentran influidos por diferencias en el acceso a la asistencia psiquiátrica según situación socioeconómica.

Los resultados del estudio indican la existencia de dos picos agudos de riesgo de suicidio en torno a las internaciones psiquiátricas, uno en el transcurso de la primera semana de internación y otro durante la primera semana siguiente al alta; el riesgo de sui-

cidio es significativamente mayor en pacientes que recibieron menor duración de tratamiento hospitalario; los trastornos afectivos muestran el impacto más significativo sobre el riesgo de suicidio.

El riesgo de suicidio asociado con trastornos afectivos y cuadros de esquizofrenia declina rápidamente después del tratamiento y la recuperación, mientras que el riesgo asociado con cuadros de adicción a drogas disminuye de manera relativamente más lenta. Este estudio también indica que el antecedente de internación incrementa el riesgo de suicidio relativamente más en mujeres que en varones; y el riesgo de suicidio es más importante en los cuadros de adicción a drogas.

En conclusión, el riesgo de suicidio aumenta en los períodos inmediatamente posteriores a la internación y al alta. Asimismo, es particularmente elevado en personas con trastornos afectivos y pacientes con tratamiento hospitalario corto.

Es difícil aseverar en qué medida estos hallazgos pueden ser extrapolados a otros países con contextos asistenciales diferentes, y se requiere la realización de más estudios para investigar en forma más detallada los factores relacionados con las internaciones psiquiátricas.

Los resultados combinados de este estudio sugieren que la asistencia intensiva y su mantenimiento más allá del punto de la recuperación clínica son factores importantes que inciden en la reducción del riesgo de suicidio en pacientes con trastornos psiquiátricos. Estos hallazgos justifican la evaluación sistemática del riesgo de suicidio previo al alta de los pacientes internados y de la indicación de tratamiento ambulatorio; asimismo, se debería instituir un sistema de soporte familiar inmediatamente después del alta.

Dado que el estigma asociado con la enfermedad psiquiátrica puede influir en el curso clínico de la afección y en aspectos como el funcionamiento social y ocupacional de los pacientes, se considera que la inversión pública en campañas antiestigma puede beneficiar a individuos con trastornos psiquiátricos y evitar que cometan suicidio.

Interacción entre acontecimientos estresantes de la vida y polimorfismo de un transportador de la serotonina en la predicción de episodios de depresión mayor. Una replicación

*Kendler KS, Kuhn JW, Vittum J,
Prescott CA, Riley B.*

Instituto Virginia de Genética Psiquiátrica
y del Comportamiento y Departamentos
de Psiquiatría y Genética Humana, y
Psicología de la Facultad de Medicina
de Virginia, Universidad
del Commonwealth, Richmond EE.UU.

Código 14 RP 0116-06

Es más frecuente de lo esperado en base al azar que eventos estresantes de la vida antecedan a la presentación de episodios de depresión mayor, y es probable que esta relación sea de tipo causal. Sin embargo, los seres humanos despliegan una variedad amplia de respuestas ante la adversidad. Algunos individuos son sensibles al estrés y tienden a presentar depresión en respuesta a estresores moderados, mientras que otros son resistentes al estrés y se mantienen asintomáticos después de atravesar serias adversidades ¿Cuál es la causa de esta variación?

Los autores han demostrado previamente una modulación genética de los efectos depresogénicos asociados con eventos estresantes de la vida sobre una muestra de gemelos adultos. Se encontraron resultados similares en gemelos adolescentes. Sin embargo, estos estudios no investigaron los genes específicamente involucrados en este efecto.

Recientemente, en una cohorte de recién nacidos de Nueva Zelanda, Caspi y colaboradores comunicaron que un polimorfismo funcional de longitud localizado en el promotor del gen transportador de la serotonina (5-HTT) moderaba la influencia de los eventos estresantes de la vida sobre los síntomas depresivos y la depresión

mayor. Constataron que individuos con 1 o 2 alelos “cortos” en este polimorfismo (denominados SL y SS, respectivamente) eran más sensibles al estrés que aquellos con 2 alelos “largos” (denominados LL).

Sus análisis comportaban 3 limitaciones metodológicas potenciales. Primero, predecían depresión mayor establecida durante el último año a la edad de 26 años a partir de la suma de 14 posibles eventos estresantes de la vida ocurridos en el transcurso de los 5 años precedentes. Sin embargo, el impacto de estos eventos sobre el riesgo de depresión mayor es típicamente de corto alcance, por lo general, de entre 1 y 3 meses. Es posible que estos resultados reflejen, al menos en parte, una asociación de tipo indirecto más que directo entre eventos estresantes de la vida y depresión mayor. Segundo, los efectos patogénicos de los primeros son muy variables y se relacionan con el nivel asociado de amenaza. Examinar este nivel de amenaza junto con el genotipo 5-HTT podría permitir caracterizar mejor la naturaleza de los efectos genéticos sobre la reactividad frente al estrés. Tercero, el estudio no contempló la especificidad del efecto 5-HTT.

Los factores de riesgo genético para depresión mayor y trastorno generalizado de ansiedad se encuentran estrechamente interrelacionados. Como los eventos estresantes de la vida también influyen en el

riesgo de síndromes del tipo del trastorno generalizado de ansiedad, es probable que el polimorfismo 5-HTT modifique al mismo tiempo los efectos ansiogénicos de los eventos estresantes de la vida.

En el trabajo presentado en este artículo, los autores comunican su intento de replicar los hallazgos de Caspi y colaboradores en una muestra aleatoria de mellizos de un registro basado en la población. Procedieron a medir los inicios de los eventos estresantes de la vida y la depresión a intervalos de tiempo menores, y en ciertas entrevistas categorizaron estos eventos según una escala de 4 puntos de amenaza contextual a largo plazo. Los autores se plantearon explorar tres aspectos, a saber, en primer lugar, la posibilidad de replicar los hallazgos de Caspi y colaboradores asegurando una proximidad temporal entre los eventos estresantes de la vida y el episodio de depresión, luego, determinar de qué manera la variación en el polimorfismo 5-HTT altera la relación dosis respuesta entre severidad del estrés y riesgo de depresión mayor, y finalmente establecer si el polimorfismo 5-HTT modifica los efectos ansiogénicos de los eventos estresantes de la vida.

El diseño del estudio consistió en caracterizar el riesgo de depresión mayor y el síndrome generalizado de ansiedad durante el último año en función del genotipo 5-HTT, el género, y los sucesos de eventos estresantes, así como estimar el nivel de amenaza asociado con los dichos eventos.

La muestra consistió de una población de 549 mellizos adultos de una edad promedio de 34,9 años. El resultado principal fueron los episodios de depresión mayor y el síndrome generalizado de ansiedad registrados durante el último año.

Los resultados obtenidos indicaron que los individuos con 2 alelos cortos (S) en el locus 5-HTT eran más sensibles a los efectos depresogénicos de los eventos estresantes de la vida que los sujetos con 1 ó 2 alelos largos (L). Cuando se examinó el nivel de amenaza asociado con dichos eventos, la interacción entre el genotipo y los eventos estresantes mostró una sensibilidad aumentada en los individuos SS frente a los efectos depresogénicos de sucesos comunes de bajo grado de amenaza. Estos eventos tenían poco impacto sobre el riesgo en sujetos con genotipos SL y LL. El genotipo 5-HTT no modificó los efectos de los eventos estresantes de la vida sobre el riesgo de síndrome generalizado de ansiedad.

En conclusión, la variación en el 5-HTT modula la sensibilidad de los individuos a los efectos depresogénicos de los eventos estresantes de la vida determinando básicamente en individuos SS una sensibilidad aumentada al impacto de estresores moderados.

Archives of General Psychiatry
2005; 62:529-535

Sueño y conducta juvenil suicida: un área desatendida

Liu X, Buysse DJ.

Departamento de Psiquiatría
de la Facultad de Medicina de la Universidad
de Pittsburgh e Instituto y Clínica Psiquiátrica
Occidental, Pittsburgh, Pennsylvania, EE.UU.

Código 14 RP 0117-06

El suicidio es una causa importante de deceso en personas jóvenes, quienes, además, incurren en diversos comportamientos suicidas de tipo no letal.

En una revisión reciente de 128 estudios se constató que un 9,7% de los adolescentes manifestaba antecedentes repetidos de intentos de suicidio y que el 29,9% presentó ideación suicida en algún momento.

El suicidio es raro en la infancia, aumenta marcadamente en la adolescencia tardía y continúa creciendo durante los primeros años de la segunda década de vida. El comportamiento adolescente suicida se asocia con múltiples factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Si bien se han identificado una serie de factores de riesgo, los programas de prevención han mostrado menos éxito que el esperado. La identificación de áreas específicas de riesgo en la adolescencia permite progresar en la investigación sobre el suicidio, su tratamiento y prevención.

Uno de los factores de riesgo que posiblemente incida en el incremento del riesgo suicida en la adolescencia está constituido por los cambios en los patrones de sueño, que se caracterizan por horarios más tardíos de sueño, esquemas irregulares, restricción y aumento de trastornos del sueño. En base a estudios clínicos y epidemiológicos se ha sugerido un vínculo potencial entre trastornos del sueño y comportamiento juvenil suicida. En la presente revisión, los autores analizaron publicaciones recientes sobre características del sueño y su relación con tendencias suicidas, además de proponer lineamientos para investigaciones futuras.

Las alteraciones mencionadas del sueño, como la restricción, los esquemas irregulares y otras se asocian con efectos negativos sobre la capacidad de los adolescentes para pensar y concentrarse en la escuela, sobre su desempeño escolar, su conducta y estado de ánimo durante las horas diurnas, y determinan un riesgo aumentado de lesiones y accidentes, depresión mayor, consumo de drogas y alcohol. Asimismo, se han comprobado los efectos negativos de la restricción del sueño sobre el funcionamiento psicosocial de los jóvenes, que se manifiesta en niveles aumentados de ira, tristeza y temor, mientras que una mayor duración del sueño se asocia con efectos positivos.

Se llevaron a cabo investigaciones sobre el sueño adolescente y su relación con trastornos psicosociales, psiquiátricos y comportamiento suicida.

Los pacientes psiquiátricos suicidas presentaron mayor grado de alteraciones del sueño expresadas como insomnio, hipersomnia o pesadilla, que los pacientes no suicidas. Se ha advertido que una latencia menor y un incremento de actividad de los movimientos oculares rápidos constituye un marcador de tendencias sui-

cidas en pacientes psiquiátricos. Estudios epidemiológicos han demostrado que el insomnio, las pesadillas y el sueño insuficiente se asocian con riesgo elevado de suicidio. Si bien el vínculo entre insomnio y comportamiento suicida parece estar mediado por la depresión, los datos existentes sugieren un papel predictivo independiente de las pesadillas en el comportamiento suicida futuro.

Sin embargo, los trastornos del sueño constituyen un fenómeno frecuente, mientras que la acción suicida es rara en los adolescentes. La explicación podría ser que se establece un modelo acumulativo en el cual sucesos adversos de la infancia, trastornos mentales, factores de personalidad y exposición a estresores agudos y crónicos de la vida confluyen para determinar un comportamiento suicida.

En conclusión, los estudios clínicos y epidemiológicos sugieren la probabilidad de que la pérdida o perturbación del sueño indique un riesgo aumentado de acción suicida futura en adolescentes. Sin embargo, una serie de estudios transversales han dado resultados inconsistentes, probablemente debido a diferencias metodológicas.

Los tamaños de las muestras de todos los estudios electroencefalográficos de seguimiento clínico y de sueño son relativamente reducidos. No se dispone de ningún estudio longitudinal en la población adolescente general. La relativa escasez de información acerca de estos importantes conceptos sobre el sueño y el comportamiento juvenil suicida justifica la realización de estudios prospectivos más sistematizados que ayudarían a comprender mejor los mecanismos psicológicos y neurobiológicos que intervienen en el comportamiento suicida.

Este tipo de estudios podría conducir a implementar estrategias innovadoras de intervención y prevención del comportamiento suicida en la adolescencia. Asimismo, deberían realizarse estudios para determinar los efectos de un sueño adecuado y de la promoción de la higiene del sueño sobre la salud mental juvenil y el comportamiento suicida. Es posible que estos estudios de intervención permitan una mejor comprensión acerca del papel que desempeña la dinámica del sueño en la depresión juvenil y las tendencias suicidas.

Tabaquismo y riesgo de comportamiento suicida. Un estudio prospectivo sobre una muestra comunitaria

Breslau N, Schultz LR, Johnson EO, Peterson EL, Glenn CD.

Universidad Estatal de Michigan, East Lansing.
Departamento de Bioestadísticas e Investigación Epidemiológica y Centro para la Promoción de la Salud y la Prevención de Enfermedades, Sistemas de Salud Henry Ford, Detroit, Michigan, EE.UU.

Código 14 RP 0118-06

Se ha informado una asociación entre tabaquismo y suicidio en investigaciones epidemiológicas realizadas a partir de la década de 1970. Estas asociaciones se observaron en estudios en los que se controlaron factores potenciales de confusión, es decir, características compartidas entre fumadores y personas que cometían suicidio, como ingresos, pertenencia racial y antecedentes de enfermedad física grave o alcoholismo. Como soporte de esta evidencia figuran los hallazgos de una relación dosis-respuesta entre el nivel de tabaquismo y el riesgo de suicidio. Sin embargo, la interpretación de estas observaciones epidemiológicas ha sido objeto de controversia.

En el trabajo que se presenta, se examinó la relación entre tabaquismo y comportamiento suicida a través de un estudio epidemiológico longitudinal en el que también se evaluaron los cuadros de depresión mayor y otros trastornos psiquiátricos. Se utilizaron datos prospectivos procedentes de evaluaciones repetidas a lo largo de un período de 10 años con el fin de estimar la asociación entre tabaquismo y comportamiento suicida ulterior (pensamientos suicidas e intentos de suicidio), y se controló según factores potenciales de confusión como, por ejemplo, la existencia de depresión mayor. En este estudio de diseño longitudinal se incluyeron adultos jóvenes que fueron entrevistados por primera vez en 1989, y se efectuaron determinaciones repetidas durante un período de seguimiento de 10 años. La muestra fue seleccionada a partir de una organización asistencial de gran envergadura que es representativa del área geográfica estudiada, a excepción de los casos ubicados en los extremos del rango socioeconómico. La tasa de respuesta para cada etapa de seguimiento (3,5 y 10 años después de la línea de base) superó el 91%.

La medida evolutiva principal fue el riesgo relativo de aparición de comportamientos suicidas durante los intervalos de seguimiento, tomando en cuenta la situación de tabaquismo y la existencia de trastornos psiquiátricos al comienzo del intervalo. Se utilizó el Esquema Diagnóstico de Entrevistas del Instituto Nacional de Salud Mental en la línea basal y en cada instancia de reevaluación. Los resultados obtenidos indicaron que el tabaquismo habitual cotidiano, no así el tabaquismo pasado, predecía la aparición ulterior de pensamientos suicidas o intentos de suicidio, independientemente de la existencia de trastornos depresivos previos o antecedentes de adicción a drogas (índice ajustado de azar, 1,82; intervalo de confianza del 95%, 1,22-2,69). Asimismo, el tabaquismo habitual cotidiano, pero no el tabaquismo pasado, resultó predictor de la aparición ulterior de pensamientos suicidas o intentos de suicidio, después de ajustar según predisposición suicida en base a tendencias suicidas previas, y de controlar según trastornos psiquiátricos anteriores (índice de azar ajustado, 1,74; intervalo de confianza de 95%, 1,17-2,54).

La explicación biológica sobre el hallazgo de que el tabaquismo activo se asocia con comportamientos suicidas ulteriores no resulta evidente. Investigaciones recientes vinculan el tabaquismo con una menor actividad de la monoaminoxidasa (MAO), que ha sido investigada durante largo tiempo como marcador biológico de psicopatología. La MAO es el componente central de una serie de funciones neurotransmisoras y desempeña un papel importante en el metabolismo de la serotonina y en la modulación de la transmisión serotoninérgica. Se ha asociado una baja actividad plaquetaria de MAO con violencia y suicidio y con descenso del ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo. Asimismo, se ha asociado una MAO plaquetaria disminuida con una serie de trastor-

nos mentales, como depresión, alcoholismo y esquizofrenia, que cursan con tasas elevadas de tabaquismo. En otros estudios, recurriendo al Registro Australiano de Gemelos, se comunicó una baja actividad plaquetaria de MAO en fumadores actuales, pero no en ex-fumadores, lo que sugiere un efecto directo del tabaquismo.

En la instancia actual no es posible afirmar de manera definitiva que el tabaquismo *per se* constituya una causa independiente de comportamiento suicida. Es

posible que replicaciones que establezcan un secuenciamiento cercano de tendencias suicidas y exposición a tabaquismo, además de otros factores de riesgo sospechados y desarrollos futuros en neurociencias, permitan arribar a una mejor resolución del tema planteado.

Archives of General Psychiatry
2005; 62:328-334

Un ensayo aleatorizado y controlado sobre estimulación magnética transcraneal bilateral de tipo repetitiva secuencial para la depresión resistente al tratamiento

*Fitzgerald PB, Benitez J,
Castella A, Daskalakis ZJ,
Brown TL, Kulkarni J.*

Centro de Investigaciones Psiquiátricas
Alfred, Departamento de Medicina
Psicológica de la Universidad
Alfred y Monash, Victoria, Australia
Centro de Adicciones y Salud Mental
de la División Clarke, Toronto, Canadá

Código 14 RP 0119-06

La depresión mayor es una enfermedad grave, y una proporción significativa de pacientes no responde a las terapéuticas convencionales. Durante la última década se han emprendido varios ensayos clínicos sobre estimulación magnética transcraneal repetitiva (EMTr) para la enfermedad depresiva resistente al tratamiento. En la mayoría de estos estudios se utilizó una EMTr de alta frecuencia, por lo general de entre 5 y 20 Hz, que se aplicaba sobre la corteza prefrontal dorsolateral izquierda. Más recientemente se comprobó que la administración de estimulación de baja frecuencia sobre la corteza prefrontal dorsolateral derecha también se asociaba con actividad antidepresiva. Sin embargo, a pesar de que la mayoría de estos estudios revelaron que los efectos antidepresivos de la EMTr activa superaban a los de la estimulación simulada, las diferencias

registradas fueron de dimensión reducida, y persisten muchos interrogantes acerca de la relevancia clínica de la EMTr.

Pese a las evidencias sobre la eficacia de la estimulación tanto izquierda como derecha, no se había evaluado con anterioridad y en forma rigurosa la efectividad de combinar estas dos modalidades terapéuticas de manera secuencial mediante estudios que contaran con tamaños satisfactorios de muestras. Por consiguiente, los autores procedieron a conducir un ensayo aleatorizado, a doble ciego, controlado por estimulación simulada, con el objeto de estudiar la eficacia de la EMTr secuencial "bilateral" mediante la combinación de estimulación de alta frecuencia sobre el lado izquierdo y EMTr de baja frecuencia sobre el lado derecho. Los autores parten de la hipótesis de que la EMTr activa bilateral posee un efecto terapéutico mayor al de una estimulación simulada, y no se asocia con

efectos colaterales cognitivos significativos. Además de combinar ambas formas de EMTr, también administraron el tratamiento durante períodos de hasta 6 semanas.

La muestra incluyó 50 pacientes con depresión resistente al tratamiento. Todos los días se aplicaban tres series de 140 segundos de duración de EMTr de baja frecuencia y 1 Hz sobre la corteza prefrontal derecha, seguidas de inmediato por 15 series de 5 segundos de duración de EMTr de alta frecuencia a 10 Hz sobre el lado izquierdo. La variable primaria que se tomó en cuenta para evaluar los resultados fue la puntuación obtenida en la Escala de Valoración de Depresión de Montgomery-Asberg. A partir de las 2 semanas y durante toda la duración del estudio se registró una respuesta significativamente mayor con la estimulación activa en comparación con la estimulación simulada. Una proporción significativa de sujetos pertenecientes al grupo que recibió tratamiento activo reunió criterios de respuesta [11 sobre 25 (44%)] o remisión [9 sobre 25 (36%)] hacia la finalización del estudio en comparación con el grupo de estimulación simulada (2 sobre 25 [8%] y ninguno sobre 25, respectivamente).

Las tasas de respuesta obtenidas en este estudio fueron superiores a los de la mayoría de los informes publicados anteriormente sobre tratamiento con EMTr en la depresión, a pesar de trabajar sobre un grupo relativamente heterogéneo de pacientes con un grado importante de resistencia al tratamiento. Es importante señalar que se trata del primer estudio sobre EMTr rea-

lizado sobre una muestra representativa en el cual una proporción clínicamente significativa de pacientes cumple con criterios de remisión.

No queda claro por qué la tasa de respuesta en este ensayo fue significativamente superior a la de estudios anteriores sobre EMTr, pero es posible que la combinación de ambos tipos de terapéutica estimule una respuesta mayor a través de diferentes mecanismos. Por ejemplo, es posible que algunos pacientes padezcan depresión que responde al tratamiento sobre el lado izquierdo mientras que otros reaccionan a la estimulación sobre el lado derecho, lo que optimiza la probabilidad de respuesta. También debe tenerse en cuenta la probabilidad de un efecto sinérgico o simplemente el mayor tiempo de tratamiento con estimulación durante 6 semanas.

En conclusión, la combinación de EMTr secuencial bilateral de alta frecuencia sobre el lado izquierdo y baja frecuencia sobre el lado derecho parece representar una estrategia terapéutica promisorio para la enfermedad depresiva resistente al tratamiento. La aplicación de EMTr bilateral durante 4 a 6 semanas induce respuestas clínicamente significativas, que incluyen la remisión clínica en un subgrupo clínicamente relevante de pacientes, y es superior a la estimulación simulada.

American Journal of Psychiatry
2006; 163:88-94

Problemas en la psicoterapia de pacientes suicidas

Hendin H, Haas AP, Maltzberger JT,
Koestner B, Szanto K.

Facultad de Medicina de Nueva York, Facultad
de Medicina de Harvard, Boston
y Universidad de Pittsburgh, EE.UU.

Código 14 RP 0120-06

Las evidencias sobre la complejidad del tratamiento psicoterapéutico en pacientes suicidas son conside-

rables. Se han elaborado una cantidad de protocolos estructurados para el tratamiento de las tendencias suicidas, que incluyen la terapéutica cognitiva conductual orientada a la resolución de problemas,

la terapéutica conductual dialéctica, la psicoterapia interpersonal limitada en el tiempo, y la psicoterapia psicodinámica breve. Si bien las evidencias indican cierta eficacia con este tipo de protocolos en grupos seleccionados de pacientes, la experiencia de los autores en supervisión, asesoramiento y análisis de colegas que tratan pacientes suicidas les permitió constatar que la mayoría de los profesionales aplica un abordaje psicoterapéutico ecléctico, con final relativamente abierto, que incorpora técnicas cognitivas conductuales e interpersonales y aplicación variable de principios psicodinámicos.

En coherencia con resultados informados en ensayos clínicos recientes, los profesionales suelen aplicar una combinación de psicoterapia de final abierto y fármacos psicotrópicos en el tratamiento de pacientes suicidas con trastornos severos. A diferencia de lo que sucede con los abordajes estructurados, la eficacia asociada con este tipo de terapéutica no ha sido investigada.

En el marco de un proyecto en curso, los autores estudiaron los casos de 36 pacientes que fallecieron como consecuencia de un suicidio mientras se encontraban bajo tratamiento psicoterapéutico de final abierto y recibían farmacoterapia.

El análisis de estos casos ofreció la oportunidad de identificar de manera retrospectiva una serie de problemas recurrentes que ocurrían en el transcurso de estas terapias.

La metodología de estudio se basó en cuestionarios que fueron completados por los terapeutas de estos 36 pacientes sobre aspectos clínicos, psicológicos y farmacológicos, sumado al relato detallado de los casos. Los profesionales presentaron sus casos en el transcurso de un taller que se desarrolló a lo largo de un día, y luego se procedió a la identificación de los problemas críticos.

Los resultados permitieron identificar seis áreas recurrentes de problemas, a saber: escasa comunicación con otros profesionales implicados en el caso, permitir a los pacientes o a sus familiares controlar el tratamiento, evitar temas relacionados con la sexualidad, acciones ineficaces o coercitivas que eran producto de la ansiedad del terapeuta sobre el potencial suicida del paciente, falta de reconocimiento del significado de las comunicaciones del paciente y falta de tratamiento o tratamiento su-

bóptimo de los síntomas. Los problemas identificados se hicieron evidentes a través de una revisión retrospectiva. Si bien se identificaron intervenciones inadecuadas en, prácticamente, todos los casos de pacientes que cometieron suicidio estando bajo terapia, estos datos retrospectivos no significan que se podría haber previsto o evitado el desenlace. Aun si los problemas advertidos hubieran sido evitados o adecuadamente resueltos, no existe ninguna certeza de que el resultado hubiera sido diferente.

También es cierto que muchos de estos problemas se observan en pacientes de difícil tratamiento que no son suicidas. Sin embargo, la gravedad que cobran los problemas comunes cuando existe riesgo de suicidio pone invariablemente en juego la ansiedad del terapeuta en relación con la posibilidad de que, pese a sus mejores esfuerzos, el paciente pueda atentar contra su vida. El temor de los terapeutas de que un paciente pueda cometer suicidio compromete muchas veces su capacidad de manejar adecuadamente el riesgo.

Independientemente de cómo se maneje, es evidente que este tipo de ansiedad, sumada a la ira que suele desencadenar en los profesionales la atención de pacientes suicidas, comprometa comprensiblemente el juicio clínico y agrave los problemas inherentes al tratamiento.

Las personas que se quitan la vida mientras se encuentran en psicoterapia no son representativas de todos los casos de suicidio. Sin embargo, los pacientes suicidas que se encuentran en terapia son los que tienen mayor oportunidad de recibir asistencia médica.

El análisis de los problemas que se descubren en la psicoterapia de los pacientes suicidas debería ayudar a mejorar la efectividad de su tratamiento. Los casos estudiados ilustran problemas comunes que enfrentan los terapeutas cuando trabajan con sujetos suicidas y esclarecen la necesidad de formación de los psiquiatras y de otros profesionales de la salud mental que asisten a esta población de pacientes.

Orígenes genéticos y ambientales de la ansiedad por el estado de salud: un estudio sobre parejas de gemelos

Taylor S, Thordarson DS,
Jang KL, Asmundson GJG.

Departamento de Psiquiatría, Universidad
de British Columbia, Vancouver.
Facultad de Kinesiología y Estudios
de la Salud, Universidad de Regina,
Saskatchewan, Canadá.

Código 14 RP 0121-06

La excesiva ansiedad por la salud constituye un problema común y a menudo debilitante que motiva frecuentes consultas a médicos clínicos y especialistas en salud mental.

El rango de ansiedad por la salud oscila entre leve y severo, y es considerado patológico cuando no guarda relación con el estado clínico objetivo de la persona. El cuadro incluye diversas facetas, como temores (por ejemplo, sucumbir ante una enfermedad o un dolor), convicción de enfermedad (creer que se padece una enfermedad grave), un exceso de diligencias relacionadas con la salud (por ejemplo, buscar contención innecesaria de parte de los médicos) y deterioro funcional (es decir, del funcionamiento ocupacional por preocupaciones derivadas de sensaciones corporales). Cuando estas características son suficientemente severas y prolongadas, es probable que la persona reúna criterios diagnósticos de hipocondriasis.

La hipocondriasis suele manifestarse cuando el sujeto se encuentra en situaciones de estrés, gravemente enfermo, recuperándose de una patología seria, o sufrió la pérdida de un familiar. Las personas con ansiedad por la salud pueden cursar una patología clínica coexistente que incrementa su grado de ansiedad. Se ha comprobado que las intervenciones psicosociales son las técnicas más efectivas para el tratamiento de la ansiedad excesiva por la salud, lo que sugiere que los factores ambientales desempeñan un papel importante en este trastorno. Este concepto fue avalado por Torgersen, quien comprobó que la tasa de concordancia de trastornos somatoformes no mostraba diferencias significativas entre parejas de gemelos monocigotas (MC) y dicigotas (DC), a

pesar de una similitud genética de más del doble en gemelos MC con respecto a los DC.

El objetivo del estudio presentado fue estimar el efecto relativo de los factores genéticos y ambientales sobre la variabilidad de las mediciones de ansiedad por la salud utilizando una muestra suficientemente amplia de parejas de gemelos MC y DC y un instrumento de evaluación de validez aceptable. A diferencia de otras investigaciones publicadas con anterioridad, en este estudio se estima la heredabilidad de la ansiedad excesiva por la salud; es decir, la posibilidad de heredar este trastorno una vez que se controlaron estadísticamente los efectos de la morbilidad médica.

Los estudios anteriores, incluso los emprendidos en pacientes con diagnóstico de hipocondriasis, no controlaron el hecho de que muchos pacientes hipocondríacos padecen problemas médicos genuinos que pueden estimular su ansiedad por la salud. Distintas afecciones médicas son de carácter hereditario. Por lo tanto, cuando se investiga la heredabilidad de la ansiedad por la salud, es necesario controlar la morbilidad médica general.

En consistencia con algunas de las mejores investigaciones anteriores (estudios con tamaños adecuados de muestras, aunque con utilización de mediciones inadecuadas), los autores hallaron evidencias de que algunas de las dimensiones de la ansiedad por la salud son de carácter moderadamente hereditario. Investigaciones previas sugerían que los factores genéticos eran causa del 35% de la variación en las escalas de ansiedad por la salud, y el estudio presente indica que, para las dos dimensiones más heredables (miedos e interferencia), los factores genéticos determinan del 34 al 37% de variación. Las restantes dos dimensiones (búsqueda de tratamiento y convic-

ción de enfermedad) determinan una variación de 10-13%. Estos hallazgos son compatibles con hipótesis previas que establecen que la ansiedad por la salud obedece mayormente a fenómenos aprendidos.

Los hallazgos del presente estudio brindan sustento al uso de intervenciones ambientales, como las terapéuticas psicosociales (cognitivo-conductuales), en el tratamiento de la ansiedad por la salud. Si bien parecen ser, por lo menos, tan eficaces como las farmacoterapias empíricas [por ejemplo, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, (SSRI)], las evidencias sugieren que las intervenciones psicosociales muestran una buena eficacia a largo plazo, lo que en el caso de de las farmacoterapias todavía debe ser investigado.

Los datos sugieren que los factores genéticos desempeñan algún papel en la ansiedad excesiva por la salud, pero también plantean el interrogante sobre la

posibilidad de optimizar el tratamiento farmacológico mediante la adaptación de la medicación al genotipo del paciente. Los estudios terapéuticos sobre depresión mayor indican mayor eficacia de los SSRI en pacientes que portan dos alelos largos del gen transportador de la serotonina, en comparación con pacientes que poseen uno o dos alelos cortos. Es probable que el mismo concepto valga para la ansiedad excesiva por la salud. Desde un punto de vista general, y dado que la ansiedad excesiva por la salud surge de una combinación de factores genéticos y ambientales, es posible que el tratamiento óptimo se base en alguna combinación de intervenciones farmacológicas y psicosociales.

World Psychiatry
2006; 5 (1):47-50



