Claves de Psiquiatría
Suplemento de Salud Ciencia
Vol.I, Nº 2 - Junio 2006
es una publicación de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)

Epidemiología y tratamiento de la depresión en el anciano

Miguel Angel, "El profeta Jeremías", fresco de la Capilla Sixtina, siglo XVI.

Análisis de los fármacos útiles para un mejor tratamiento de la depresión en pacientes de la tercera edad.

Jusset Teresa García Navia, Columnista Experta de SIIC, La Habana, Cuba.

Expertos invitados

Artículos originales

Epidemiología y tratamiento de la depresión en el anciano
Jusset Teresa García Navia, La Habana, Cuba. Pág. 3

Prevalencia y factores de riesgo en pacientes con toxicomanías
Rudolf H. Moos, Palo Alto, EE.UU. Pág. 5

Entrevistas a expertos

Destacan las diferencias de sexo en la presentación del trastorno...
Montserrat Fernández Prieto, Minho, Portugal. Pág. 10

Reflexiones acerca de la histeria y la psicopatía
Hugo Marietán, Buenos Aires, Argentina. Pág. 11

Papelnet SIIC

Progresos de las propuestas de la comunidad médica sobre el uso de la marihuana
Wayne Hall, St. Lucia, Australia

Experiencia en el estudio del síndrome del cromosoma X frágil...
Patricia Cuenca Berger, San José, Costa Rica

Avances en el tratamiento del síndrome de Tourette
Kirsten R. Müller-Vahl, Hannover, Alemania

Evaluación de la cooperación en pacientes con trastornos antisocial, límite, negativista desafiante y afectivos
Francisco Montañés Rada, Madrid, España. Pág. 13

Novedades seleccionadas

Enfoque no farmacológico para tratamiento del alcoholismo
BMJ. Pág. 14

Prevención del suicidio en los países en vías de desarrollo
Journal of the Royal Society of Medicine. Pág. 14

El ritmo circadiano nocturno no influiría en la aparición del trastorno afectivo estacional
Psychiatry Research. Pág. 15

Las adolescentes agresivas suelen ser víctimas de violencia
Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. Pág. 15

Relación entre agotamiento laboral y trastornos depresivos
Journal of Affective Disorders. Pág. 15

El rendimiento intelectual de adolescentes con muy bajo peso al nacer
Acta Paediatrica. Pág. 16

Tratamiento de la depresión en niños y adolescentes
CNS Drugs. Pág. 17

Efecto de la terapéutica integrada en el primer episodio de psicosis
BMJ. Pág. 17

Efectos del déficit de cinc en el síndrome de fatiga crónica
Journal of Affective Disorders. Pág. 18

Describen la interacción entre ansiedad y depresión en los conflictos
Journal of Affective Disorders. Pág. 18

Más novedades págs. 19-26

Sociedad Iberoamericana de Información Científica

Presidente
Rafael Bernal Castro

Dirección Científica
Marcelo Corti

Claves de Psiquiatría
Suplemento de Salud(i)Ciencia es una publicación de SIIC

Programa SIIC de Educación Médica Continuada (PEMC-SIIC)
Consejo Superior

http://www.siicsalud.com/main/siiconsu.htm
Elías N. Abdala, Miguel Aievato, Arturo Arrighi, Eduardo M. Baldi, Michel Batlouni, Pablo Bazerque, Carlos Bertolasi, Alfredo Buzzi, Rafael Castro del Olmo, Juan C. Chachques, Reinaldo Chacón, Marcelo Corti, Carlos Crespo, Jorge Daruich, J. G. de la Garza, Blanca Diez, Bernardo Dosoretz, Ricardo Drut, Juan Enrique Duhart, Miguel Falasco, Germán Falke, Pedro Figueroa Casas, Jorge García Badaracco, Estela Giménez, David Grinspan, Vicente Gutiérrez Maxwell, Alfredo Hirshon Prado, Rafael Hurtado, León Jaimovich, Silvia Jovtis, Antonio Lorusso, Néstor P. Marchant, Olindo Martino, Carlos A. Mautalen, Pablo Mazure, José María Méndez Ribas, A. Monchablon Espinoza, Oscar Morelli, Amelia Musacchio de Zan, Roberto Nicholson, Rodolfo Sergio Pasqualini, Santiago Pavlovsky, Jorge A. Pilheu, Eduardo Pro, María Esther Río, Gonzalo Rubio, Ariel Sánchez, Amado Saúl, Elsa Segura, Fernando Silberman, Artun Tchoulamjan, Norberto Terragno, Roberto Tozzini, Marcelo Trivi, Máximo Valentinuzzi, Eduardo Vega, Alberto M. Woscoff, Roberto Yunes, Ezio Zufardi.

Las obras de arte han sido seleccionadas de SIIC *Art Data Bases:*
Pág. 10 - Grant Wood, "Gótico americano", 1930; pág. 11 - Kasimir Malevitch, "La recolección de flores" (detalle), 1908; pág. 15 - Edward Hopper, "Noctámbulos" (detalle), 1942; pág. 17 - Carme Solé i Vendrell, "Raspall"; pág. 19 - "Autorretrato como San Sebastián" (detalle), Egon Shiele, 1914-15; pág. 21- "La caída de los ángeles rebeldes", Pieter Brueghel; pág. 23 - "Homenaje a Manolete", Oscar Domínguez, 1954.

SIIC, Consejo superior
Avda. Belgrano 430 (C1092AAR), Buenos Aires, Argentina. Tel.: +54 11 4342 4901, admiedit@siicsalud.com

Los textos de *Claves de Psiquiatría* han sido seleccionados de la base de datos SIIC *Data Bases.* Con excepción de los artículos escritos para SIIC, firmados por sus autores, las demás novedades científicas fueron resumidas objetivamente por el Comité de Redacción Científica de SIIC. Los médicos redactores no emiten opiniones o comentarios sobre los artículos que resumen.
Los contenidos científicos de *Claves de Psiquiatría* son responsabilidad de los autores que escribieron los textos originales.

Prohibida su reproducción total o parcial.
Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N° 272918. Hecho el depósito que establece la ley N° 11.723.
ISSN 1667-8982.

Impreso en G.S. Gráfica, San Luis 540, Avellaneda, Bs. As. Tel.: 4228-6682.

Información adicional en **www.siicsalud.com**

Artículo breve escrito por el autor para la edición en papel. El artículo amplio se publica en **www.siicsalud.com**

Información adicional en **www.siicsalud.com**: otros autores, conflictos de interés, etc.

Artículo completo en **www.siic.info**

SIIC publica artículos originales e inéditos escritos por prestigiosos investigadores, expresamente invitados.

Epidemiología y tratamiento de la depresión en el anciano

Jusset Teresa García Navia, Columnista Experta de SIIC
Cursa Maestría en Toxicología, Centro Nacional de Toxicología (ENATOX), Ciudad de La Habana, Cuba
Página de la autora: www.siicsalud.com/dato/dat044/05816017a.htm

Artículo breve escrito por el autor para la edición en papel. El artículo amplio se publica en **www.siicsalud.com/dato/dat044/05816017.htm**

Abstract
Increased prevalence of psychical disorders in the elderly constitutes a serious health problem which could evolve into a major problem when taking into consideration the progressive aging of population in many countries, as shown by demographic studies. It is important to point out that of all psychical disorders; depression is what most affects senior people. On the other hand, the aging process results in a series of physical and pathological changes. Special considerations are required when dealing with such conditions, and therapies that have proved efficient in young adults would have to be adapted to each case based on prior evaluation of patients. This work aims at providing a few useful tools for a better assessment of depression in the elderly.

Resumen
La elevada prevalencia de enfermedades psíquicas en los ancianos supone un importante problema de salud, cada vez más apremiante si tenemos en cuenta que los estudios demográficos muestran un progresivo envejecimiento de la población en muchos países. Hay que señalar que de todos los trastornos psíquicos del anciano, el más frecuente es justamente la depresión. Por otra parte, a medida que avanza la edad se produce una serie de cambios fisiopatológicos motivados por el propio envejecimiento, que merecen algunas consideraciones especiales, y hacen necesario realizar numerosas variaciones a partir de la evaluación y el conocimiento de una terapia reconocida como buena en el adulto joven. Con el presente trabajo se pretende brindar algunas herramientas útiles para un mejor tratamiento de la depresión en los pacientes de la tercera edad.

La prevalencia de la depresión en los ancianos varía entre los diferentes estudios, lo cual se atribuye a la dificultad para reconocer la depresión en este grupo etario. De acuerdo con los criterios establecidos, aproximadamente el 15% de los pacientes mayores de 65 años presentan un trastorno del estado de ánimo; un 4%, criterios de depresión mayor, y el 6.5%, cuadros depresivos asociados con otras enfermedades.[1]

Varios son los factores que pueden predisponer a la aparición de la depresión en los ancianos; los cambios que tienen lugar en el sistema nervioso central –como el aumento de la actividad de la monoaminoxidasa y la disminución de la concentración de neurotransmisores–, las pérdidas físicas, laborales, económicas y de apoyo social, el estrés, la existencia de patologías orgánicas, enfermedades crónicas e invalidantes y la polifarmacia son algunos de ellos.[1-4]

Los episodios depresivos pueden presentarse como un trastorno recurrente de inicio en la vida adulta, o de inicio en la vejez, pero el principal problema diagnóstico lo constituye la dificultad de los propios ancianos para identificar un descenso en su estado de ánimo y verbalizarlo como tristeza, ya que en ellos a menudo predominan los síntomas somáticos y de ansiedad y no la tristeza subjetiva. Por lo tanto, a pesar de que la prevalencia de depresión es alta, constantemente no es bien reconocida y tratada, entre otros factores porque a menudo se la considera una característica normal de la edad y por la complicación que supone utilizar fármacos en los ancianos,[5-7] por lo que constituye un verdadero reto al que se enfrenta todo médico que atiende a un paciente mayor.

Cómo se trata la depresión en pacientes ancianos

Entre las modalidades de tratamiento se destacan el tratamiento farmacológico, la psicoterapia y la terapia electroconvulsiva, con los objetivos de aliviar los síntomas depresivos, disminuir el riesgo de recaída y recurrencia, mejorar la calidad de vida y el estado de salud y reducir los costos sanitarios y la mortalidad.[8]

Idealmente, los ancianos deberían tratarse con una combinación de psicoterapia y antidepresivos; la primera permite encontrar mecanismos más efectivos en la solución de los problemas de la vida, y los psicofármacos, por su parte, alivian más rápidamente los síntomas.[1,9,10] Un programa regular de ejercicios puede ser suficiente para mejorar el estado de ánimo[10-12] y, en este sentido, vale la pena mencionar los círculos de abuelos creados en Cuba desde hace muchos años, dirigidos a incrementar el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes de la tercera edad.

En el momento de prescribir fármacos al paciente anciano, el médico debe tener en cuenta los cambios fisiopatológicos que se producen en el organismo y que afectan la farmacodinámica y la farmacocinética de la mayoría de los medicamentos, con el consiguiente incremento de reacciones adversas y de la probabilidad de interacciones medicamentosas.[5,13,14]

Hoy se cuenta con un amplio arsenal de fármacos antidepresivos, entre los que cabe destacar los antidepresivos tricíclicos de aminas terciarias y secundarias, los antidepresivos heterocíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los inhibidores de la enzima monoaminoxidasa y otros como trazodona, nefazodona, bupropión y venlafaxina. Sin embargo, ya que el fármaco perfecto no existe, es recomendable indagar y conocer las variedades y características de los antidepresivos disponi-

Participó en la investigación: Zoe Cristina Chávez Alvarez, Doctora en Medicina. Clínica Carlos Verdugo, Matanzas, Cuba.
Enviar correspondencia a: Dra. Jusset T. García Navia. C 129 no. 14610 e/146 y 148. Rpto. Reinol García, Matanzas, Cuba.

Tabla 1. Dosis de los fármacos antidepresivos en el anciano.

Antidepresivos	Dosis (mg/día)	
	Inicial	Máxima
Nortriptilina	10	150
Desipramina	20	150
Maprotilina	25	150
Mianserina	10	60
Trazodona	50	200
Fluoxetina	20	40
Fluvoxamina	50	300
Sertralina	25	150
Paroxetina	10	50
Fenelzina	15	45
Nefazodona	100	400
Venlafaxina	37	375

(Modificado de 1,15).

bles, profundizar en los efectos que producen y elegirlos en correspondencia con los antecedentes patológicos y la asimilación por parte de los ancianos.

Los antidepresivos tricíclicos de aminas terciarias (imipramina, amitriptilina, clomipramina y doxepina) han sido hasta ahora los más usados por la familiarización del clínico con su empleo y su bajo costo, sin embargo, los trastornos del ritmo y la conducción cardíaca, la torpeza psicomotriz, la somnolencia, la hipotensión ortostática y los efectos anticolinérgicos, hacen que su uso en los ancianos resulte relativamente poco atractivo.[15] Esta gran variedad de efectos adversos, a los que son más vulnerables los ancianos, está dada por su afinidad con receptores postsinápticos muscarínicos, alfa 1 y alfa 2 adrenérgicos e histaminérgicos.[16,17]

Los antidepresivos tricíclicos de aminas secundarias (desipramina, nortriptilina, protriptilina y amoxapina) son preferibles a los de aminas terciarias, ya que éstos tienen efectos adversos más leves y menos interacciones farmacodinámicas que los de aminas terciarias. Para muchos autores la nortriptilina es el antidepresivo de elección en el anciano, porque es bastante seguro en aquellos con cardiopatías y produce menos hipotensión. La amoxapina se emplea en depresiones psicóticas, pero por su efecto bloqueante de los receptores dopaminérgicos puede producir reacciones extrapiramidales.[1,8,15]

La maprotilina, antidepresivo heterocíclico, tiene pocos efectos anticolinérgicos e hipotensores, pero produce crisis epilépticas con mayor frecuencia que otros antidepresivos.[1,15]

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina deben su especial interés a la falta de afinidad por otros sistemas neurotransmisores, por lo que muestran pocos efectos adversos, la mayoría de ellos dependientes de la dosis y limitados en el tiempo. Por ese motivo, y por la efectividad demostrada, a pesar de su mayor costo, muchos autores los consideran como los antidepresivos de elección en el anciano. Todos los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina inhiben el citocromo P-450 hepático, por lo que pueden provocar graves interacciones con fármacos que sean su sustrato. El citalopram es el inhibidor menos potente del citocromo P-450, y la paroxetina, el más potente. La fluoxetina tiene una vida media muy larga y un metabolito activo, norfluoxetina, cuya vida media se prolonga hasta 7-15 días; es por ello que hay autores que opinan que no es la mejor opción para el paciente anciano, ya que prolonga en el tiempo los posibles efectos adversos e interacciones farmacológicas. La sertralina presenta una farmacocinética lineal, de manera que sus concentraciones plasmáticas aumentan proporcionalmente al incremento de la dosis, por lo que no requiere ajuste de dosis en el anciano.[8,15] A pesar de todo esto, las reacciones adversas producidas por este grupo son más frecuentes y potencialmente más graves en ancianos que en sus contrapartes jóvenes.[4]

Pese a las desventajas descritas en la literatura sobre el uso de los antidepresivos tricíclicos en los ancianos, sin lugar a dudas constituyen una alternativa terapéutica en aquellos pacientes en los que estén contraindicados los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o en los que su uso sea clínicamente inaceptable.[18]

Teóricamente, los inhibidores de la enzima monoaminoxidasa (MAO) deberían ser muy eficaces en el tratamiento de las depresiones del anciano, puesto que los sujetos de edad avanzada presentan un aumento de la actividad de esta enzima, sin embargo, son menos eficaces que los tricíclicos, y sus reacciones adversas, especialmente la hipotensión ortostática e interacciones, los hacen peligrosos. La moclobemida es el primer antidepresivo que inhibe sólo a la MAO-A de forma reversible, de manera que únicamente produce cambios en la tensión arterial sistólica con dosis muy altas de tiramina, por lo tanto, tiene un posible papel en la depresión atípica y refractaria en el anciano, sobre todo si existe deterioro mental, por su escaso efecto anticolinérgico y porque podría mejorar aspectos cognitivos concretos.[8,15]

La trazodona fue recomendada en el anciano por la escasez de efectos anticolinérgicos y sobre la conducción cardíaca. Su utilidad es máxima en depresiones agitadas por su efecto sedante. Su vida media es corta (3 a 9 horas), por lo que requiere varias dosis diarias.

La nefazodona tiene acción similar a la anterior, sin embargo no produce hipotensión ortostática ni sedación.

El bupropión es un inhibidor de la recaptación de dopamina que destaca ante todo por sus mínimos efectos sedantes, anticolinérgicos y cardiovasculares y, en consecuencia, lo hace muy útil en la población anciana con pluripatología.

La venlaflaxina inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina y es muy útil en pacientes que no responden a otros antidepresivos, por tanto, se utiliza como fármaco de segunda línea en el tratamiento de la depresión en el anciano.

Las dosis del antidepresivo en la fase aguda deben ser, en la mayoría de los casos, menores que las usadas en un adulto joven; y una respuesta significativa tiene lugar muchas veces más tarde, entre 6 y 12 semanas de tratamiento.[8]

El riesgo de recaídas tras retirar el tratamiento puede ser algo mayor en el anciano que en los más jóvenes, por lo que debe prolongarse 6 meses tras la recuperación después de un primer episodio y un mínimo de 12 meses después de un segundo episodio. Algunos autores recomiendan mantener el tratamiento después de un segundo episodio indefinidamente, aunque habría que valorar el riesgo-beneficio de un tratamiento tan prolongado en este grupo de edad.[8,17,19]

Conclusiones

La depresión en el anciano puede pasar inadvertida en nuestra práctica clínica diaria, cuando son muchos los beneficios que se obtendrían con diagnóstico y tratamiento adecuados. Existen fármacos seguros y razonablemente efectivos que, asociados a psicoterapia, ejercicio físico o terapia electroconvulsiva, permiten controlar los síntomas y mejorar la función del anciano deprimido.

De acuerdo con el perfil de efectos adversos, los inhibidores de la recaptación de serotonina, aunque también los tienen, se consideran de primera elección. La nortriptilina, con menores efectos anticolinérgicos y cardíacos, puede ser usada con precaución en ancianos sanos. La trazodona, al estar prácticamente desprovista de efectos anticolinérgicos es también una buena elección. El bupropión, por sus efectos mínimos sedantes, anticolinérgicos y cardiovasculares es muy útil en la población anciana con pluripatología. El resto de los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la enzima monoaminoxidasa se consideran de segunda o tercera línea.

Las autoras no manifiestan "conflictos de interés".

Recepción: 30/12/2004 - Aprobación: 29/8/2005

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2006

Más información en **www.siicsalud.com**
especialidades en que se clasifican, otros datos del autor, *full text* en inglés.

http://www.siic.info

Prevalencia y factores de riesgo en pacientes con toxicomanías

Rudolf H. Moos, Columnista Experto de SIIC
Senior Research Career Scientist and Professor, Stanford University School of Medicine, Palo Alto, EE.UU.
Página del autor: www.siicsalud.com/dato/dat034/03n13000a.htm

Artículo breve escrito por el autor para la edición en papel. El artículo amplio se publica en
www.siicsalud.com/dato/dat034/03n13000.htm

Abstract
Two studies were conducted to identify patients with substance use disorders whose symptoms get worse during or shortly after treatment, to develop an index of risk factors to identify these patients, and to specify characteristics of care that may reduce the likelihood of symptom exacerbation. In both studies, matched groups of patients were selected from a larger sample based on their treatment outcome (deteriorated versus stable or improved). More than 10% of the patients showed some deterioration in their symptoms. Risk factors for symptom exacerbation included younger age, non-married status, and residential instability; long-term use of drugs, prior arrests, prior alcohol treatment, alcohol and drug abuse or dependence diagnoses, cocaine abuse or dependence, and more severe self-rated drug problems; and psychiatric problems. High-risk patients who obtained a longer episode of mental health care were less likely to get worse. Accordingly, at entry to treatment, clinicians can identify patients whose substance use symptoms are likely to exacerbate, and, by providing these patients a longer duration of care, may enhance the likelihood that these patients' symptoms will improve.

Artículo completo en inglés: www.siicsalud.com/des/des034/03n13000i.htm

Resumen
Dos estudios dirigidos a identificar pacientes con problemas de adicción, cuyos síntomas empeoraron durante el tratamiento, o poco después, fueron conducidos con el objetivo de implementar un índice de factores de riesgo para la individualización de tales pacientes y especificar las características de la atención que permitieran reducir la posibilidad de la exacerbación de los síntomas. En ambos estudios se seleccionaron grupos de pacientes comparables de una muestra mayor basada en el resultado del tratamiento (deteriorado *versus* estable o mejorado). Más del 10% de los pacientes mostraron algún deterioro de sus síntomas. Los factores de riesgo para exacerbación incluyeron menor edad, soltería, falta de estabilidad habitacional, uso de drogas desde hace largo tiempo, arrestos previos, tratamiento anterior por etilismo, adicción simultánea a alcohol y drogas, adicción o uso de cocaína, problemas con drogas autocalificadas como más graves y problemas psiquiátricos. Los pacientes de alto riesgo que obtuvieron un período más prolongado de atención de salud mental tuvieron menores probabilidades de empeorar. Por consiguiente, a su ingreso al tratamiento, los médicos pueden identificar los pacientes cuyos síntomas de uso de sustancias de adicción pueden exacerbarse; la atención más prolongada de tales pacientes podría lograr incrementos en la probabilidad de que sus síntomas mejoren.

Introducción

Un creciente número de informes indican que alrededor del 10% de los pacientes que se incorporan al tratamiento psiquiátrico por adicción a sustancias se deterioran durante el tratamiento o poco después de finalizado. En consecuencia, algunos estudios recientes examinaron la prevalencia del deterioro y los factores demográficos, diagnósticos y de historia personal vinculados con dicho deterioro. Hemos puesto el foco aquí en las diferencias existentes entre los pacientes con adicciones que empeoran en comparación con aquellos que permanecen estables o mejoran con el tratamiento (o poco después); en el desarrollo de un índice pronóstico que permita predecir la posibilidad de la exacerbación de los síntomas entre estos pacientes, y en la identificación de las características del tratamiento que puedan reducir el riesgo de exacerbación.

Prevalencia del deterioro

Mohr[4] resumió el resultado de más de 40 estudios en los que se identificó deterioro de los pacientes; el porcentaje de enfermos que empeoraron osciló desde menos de 3% hasta un nivel tan elevado como 80%. En estos estudios intervinieron pacientes internados y ambulatorios; con neurosis, fobias, ansiedad y trastornos depresivos, procesos obsesivo-compulsivos y psicosis; juicio de médicos externos; calificaciones de los propios pacientes basadas en una variedad de procedimientos autoadministrados y un amplio número de parámentros para evaluar resultados: distrés incrementado, nuevos síntomas, problemas interpersonales y mortalidad.

Dos estudios recientes mostraron una tasa moderadamente elevada de deterioro entre personas con alteraciones por el uso de sustancias de adicción. Shaw y col.[5] encontraron que el 30% de los sujetos alcohólicos**,** tratados intensivamente, permanecían sin cambios o peor al año de seguimiento. Estos pacientes consumieron más alcohol, mostraron declinación en la autoestima y de la estabilidad social, y utilizaron los servicios asistenciales mucho más intensivamente que los que mejoraron. Un seguimiento de 9 años identificó deterioro continuado en 15% de estos pacientes.[2]

Ouimette, Finney y Moos[6] estudiaron una cohorte de más de 3 000 sujetos con trastornos por el uso de sustancias de adicción; encontraron que aproximadamente el 15% de los pacientes consumía más alcohol y el 8% estaba más deprimido o ansioso al año de seguimiento que al inicio del tratamiento.

Factores de riesgo asociados con el deterioro

Tres conjuntos de factores se asocian con el resultado general del tratamiento de las adicciones y es probable que permitan predecir la exacerbación de los síntomas vinculados con el uso de dichas sustancias adictivas: características demográficas, historia y diagnóstico actual, intensidad del uso de sustancias adictivas y problemas psiquiátricos e interpersonales. Con respecto a los aspectos demográficos, los pacientes más jóvenes, solteros y con domicilio inestable tienden a experimentar menores resultados con el tratamiento.[7,10]

Historia, diagnóstico actual y gravedad del uso de sustancias adictivas. Cuanto más crónico es el problema de la utilización de sustancias adictivas, reflejado en una prolongada historia de alcoholismo o uso de drogas, y cuanto más prolongado es el problema de toxicomanías,[8, 11-12] con mayor verosimilitud puede

Participó en la investigación: Bernice S. Moos, B.S.
Patrocinio y reconocimiento: Este trabajo fue financiado por el *Department of Veterans Affairs Heath Services Research and Development Service and Mental Health Strategic Health Group,* y una beca NIAAA AA06699. El trabajo fue realizado en parte bajo los auspicios de la *Substance Abuse Module de la Va Quality Enhancement Research Initiative.* Los puntos de vista expresados en este artículo pertenecen a ellos y no necesariamente representan el punto de vista del *Department of Veterans Affairs.*
Enviar correspondencia a: Dr. Rudolf H. Moos. Center for Health Care Evaluation (152-MPD), VA Health Care System; 795 Willow Road, Menlo Park, California, 94025, EE.UU.

predecirse un peor resultado del tratamiento. Además, los tratamientos de toxicomanías previas recientes, especialmente en pacientes internados o residenciales, se relacionan con peor pronóstico.[8-10,12]

Los hallazgos clave en el diagnóstico actual son que la presencia de adicción al alcohol y a drogas tiende a predecir peor resultado, como en el caso de dependencia de la cocaína.[10,13] La presencia de un diagnóstico psiquiátrico concomitante, especialmente una psicosis o personalidad psicopática,[7,10,14-15] también tiende a asociarse con un resultado más desfavorable.

Problemas psiquiátricos e interpersonales. Además de los factores diagnósticos y la gravedad de la toxicomanía, los síntomas psiquiátricos más graves, incluyendo recelos y alucinaciones, deterioro del funcionamiento interpersonal (tal como lo indicaría una actitud hostil, conflictiva o de aislamiento social) y el concepto del paciente que piensa que sufre problemas graves, se asociaron con escasos resultados del tratamiento.[4,11,16] Shaw y col.[5] advirtieron que el deterioro psicológico podría ser uno de los mejores predictores de empeoramiento entre los pacientes con toxicomanías.

Características del tratamiento que podrían prevenir el deterioro

Varios estudios identificaron los aspectos del tratamiento de las toxicomanías que se asocian con mejores resultados en general. La disponibilidad de servicios ambulatorios para adictos o servicios psiquiátricos, más que servicios médicos de atención primaria únicamente, tiende a producir mejores resultados, en parte porque parece que los pacientes obtienen mejor atención y están más satisfechos con ella.[17,21]

También existen evidencias de una relación dosis-respuesta, entre la cantidad de tratamientos ambulatorios de salud mental y el resultado obtenido en los pacientes.[22,24] Los individuos con toxicomanías que obtienen más atención en el plano de la salud mental, tienden a presentar mejores resultados en el corto plazo, pero no resulta claro si el factor determinante es la duración de la atención o su cantidad.[25,27]

Respecto de la duración de la atención, los pacientes en tratamiento continuado ambulatorio durante 9 a 12 meses presentaron mejores resultados que aquellos que tuvieron una asistencia menos constante.[15] Moos y col.[28] encontraron que la duración del tratamiento ambulatorio en salud mental estaba asociada con mejores resultados en toxicomanías, y que después de considerar la duración, la cantidad de atención no se vinculaba con mejores resultados. De manera similar, Ritsher y col.[29,30] observaron que la atención mental más prolongada estaba relacionada con mayor posibilidad de remisión a los 2 y 5 años, entre pacientes tratados por adicciones.

Pacientes y métodos

En los dos estudios conducidos por nuestro equipo seleccionamos dos grupos principales de pacientes con toxicomanías y los equiparamos respecto de la cantidad de problemas que presentaban al inicio. Identificamos los ítem descritos en el Indice de Gravedad de las Adicciones (AGI)[31] para realizar la medición inicial del estado de los pacientes y en el seguimiento, y clasificarlos como deteriorados o estables/mejorados. En ambos estudios, los ítem evaluados fueron el problema con alcohol o drogas y cubrieron el consumo alcohólico, consumo de alcohol hasta la intoxicación, utilización de cualquiera de 8 drogas (como heroína, cocaína, marihuana y barbitúricos), problemas debidos al alcohol, problemas debidos a drogas. En el primer estudio también incluimos temas que evaluaban los síntomas psiquiátricos de los pacientes y problemas familiares (para detalles sobre el proceso de selección y equiparación utilizado en los dos estudios, véanse referencias bibliográficas 32 y 33).

A continuación desarrollamos la escala de puntuación del cambio (seguimiento menos problemas iniciales) para identificar dos grupos principales: 1) pacientes que sufrieron deterioro: definido como crecimiento en el número de problemas entre el inicio y el seguimiento; y 2) pacientes que permanecieron estables o mejoraron, definidos como los que conservaron el mismo número de problemas o los disminuyeron durante el seguimiento, comparado con la situación inicial. Estos procedimientos produjeron muestras equivalentes de pacientes deteriorados y estables o mejorados en cada estudio. En promedio, el seguimiento fue realizado 10 a 11 meses después de la evaluación inicial.

Tabla 1. Historia y diagnóstico actual y gravedad de la adicción al inicio. Características de los pacientes cuyos síntomas empeoraron.

Característica	Primer estudio	Segundo estudio
Historia de adicción y tratamiento		
Uso de drogas por 10 o + años	xxx	xxx
Uso + de 1 droga por 10 o + años	xxx	xxx
Arresto	xxx	xxx
Tratamiento previo por alcoholismo	-	xxx
Tratamiento previo por adicción	xxx	xxx
Diagnóstico actual		
Alcohol y drogas	xxx	xxx
Cocaína	xxx	xxx
Psicosis	xxx	xxx
Depresión	-	xxx
Personalidad	xxx	xxx
Autocalificación del paciente		
Gravedad de la adicción	xxx	xxx
Necesidad de tratamiento	xxx	xxx

xxx: denota características del paciente cuyos síntomas empeoraron.

Se utilizaron índices extraídos del AGI para la comparación de los grupos. Específicamente, además de las características sociodemográficas, se obtuvo información sobre la historia de las toxicomanías de los pacientes, alteraciones psiquiátricas, tratamientos, síntomas y funcionamiento en la evaluación inicial. Con la información de las historias clínicas se identificó un episodio determinante en la atención y los diagnósticos y datos sobre los servicios provistos en dicho episodio. También se examinaron los diagnósticos de los pacientes y la utilización de servicios en el año previo al episodio determinante (para detalles sobre la medición en los dos estudios, véanse referencias bibliográficas 32 y 33).

Comparación entre pacientes que se deterioraron y pacientes estables o mejorados

Factores demográficos, historia de la toxicomanía y tratamiento previo. Comparados con pacientes que luego mejoraron o permanecieron estables en tratamiento, los que luego sufrieron deterioro eran con mayor frecuencia más jóvenes, no casados y presentaban una residencia domiciliaria menos estable en el año anterior; además, era más probable que los últimos hubieran usado drogas (y más de una droga diariamente por 10 o más años), sido arrestados y tenido tratamientos previos por adicción (tabla 1). Coherente con esta historia de problemas más graves, era más probable que los pacientes deteriorados tuvieran adicción tanto al alcohol como a drogas, además de diagnóstico de enfermedad psiquiátrica en la atención de episodios anteriores.

Diagnóstico y tratamiento del episodio determinante. En comparación con los pacientes que luego permanecieron estables o mejoraron, era más probable que los pacientes que después experimentaron deterioro presentaran adicción a alcohol y drogas, adicción o abuso de cocaína y psicosis concomitante, depresión o diagnóstico de personalidad psicopática en el episodio determinante de la atención.

Los pacientes cuyos síntomas aumentaron calificaron su problema de adicción como más grave y que requería más tratamiento, comparado con los que permanecieron estables o mejoraron.

Problemas psiquiátricos e interpersonales. Los pacientes cuyos síntomas de toxicomanía aumentaron informaban con mayor frecuencia la presencia de síntomas psiquiátricos de entidad durante toda la vida, alucinaciones actuales y tratamiento psiquiátrico previo en su domicilio o internados (tabla 2). Además, estos sujetos calificaron sus problemas psiquiátricos como más graves e informaron que necesitaban más tratamiento para abordarlos. Con respecto a los problemas interpersonales, era más probable que los pacientes cuyos síntomas se intensificaron

Tabla 2. Problemas psiquiátricos e interpersonales al inicio. Características de los pacientes cuyos síntomas empeoraron.

Característica	Primer estudio	Segundo estudio
Problemas psiquiátricos		
3 o + síntomas psiquiátricos graves	-	xxx
Alucinaciones por + 30 días	-	xxx
Gravedad psiquiátrica según autocalificación del paciente	xxx	xxx
Necesidad de tratamiento psiquiátrico según autoevaluación del paciente	xxx	xxx
Tratamiento psiquiátrico previo	xxx	xxx
Problemas interpersonales		
Conflicto grave (con + 3 personas)	xxx	xxx
Falta de amigos cercanos	xxx	xxx

xxx: denota características del paciente cuyos síntomas empeoraron.

Tabla 3. Factores de riesgo al inicio predictivos de pacientes que empeorarían. Deteriorados *versus* quienes permanecieron estables o mejoraron.

Factor de riesgo	*Odds ratio*
Características demográficas	
Edad (18-39=1)	1.33
No casado	1.13
Inestabilidad domiciliaria	1.36
Problema de adicción	
10 o + años de adicción	1.34
Tratamiento previo de alcoholismo	1.31
Tratamiento previo de drogadicción	1.20
Adicción a alcohol y drogas	1.13
Dependencia a cocaína	1.14
Gravedad de la adicción	1.19
Problemas psiquiátricos	
3 o + síntomas graves	1.15
Alucinaciones	1.36
Internación psiquiátrica previa	1.16

Odds ratio refleja la posibilidad de que un paciente caracterizado por el factor de riesgo al inicio empeore sus síntomas en el seguimiento.

tuvieran conflictos de larga duración con familiares y amigos; también era menos probable que contaran con un amigo íntimo.

Tratamiento en el episodio determinante. Los pacientes que luego desmejoraron obtuvieron atención en salud mental de internación o residencial con frecuencia algo mayor que los que mejoraron o mantuvieron la estabilidad, pero era menos probable que obtuvieran atención especializada en toxicomanías. Además, recibieron menos atención ambulatoria en salud mental y menos atención ambulatoria especializada en toxicomanías y en salud mental que los que mejoraron o permanecieron estables. También presentaron episodios determinantes más cortos de atención que promediaron menos de 6 meses comparados con los 9 meses de los pacientes mejorados.

Indice pronóstico de exacerbación de síntomas

Desarrollamos un índice pronóstico para identificar al inicio los pacientes cuya toxicomanía podría incrementarse luego (para detalles metodológicos, véase referencia bibliográfica 33). Un conjunto de 12 variables, independientemente, predijeron los síntomas de exacerbación (tabla 3).

Tres características demográficas –menor edad (39 o menos), no casado, e inestabilidad domiciliaria o residencial– estaban independientemente asociadas con la intensificación de los síntomas, así como lo estaban tres aspectos de la historia del paciente vinculados con su toxicomanía y el tratamiento: haber tenido más cronicidad en la adicción, haber sido arrestado y haber tenido una historia de tratamiento del alcoholismo. Con respecto al diagnóstico actual y problemas de adicción, los pacientes que tenían la doble adicción (al alcohol y a drogas), usaban cocaína y calificaban su problema como más grave presentaban más frecuente exacerbación de los síntomas. Los pacientes que durante sus vidas tuvieron 3 o más síntomas psiquiátricos graves, alucinaciones en los últimos 30 días y atención en internación o residenciales por problemas psiquiátricos empeoraban más a menudo. En general, cada una de las 12 variables proveyó un incremento estadísticamente significativo de la predicción de deterioro.

Combinamos las 12 variables en un modelo de factores de riesgo. El modelo de 12 factores estaba fuertemente relacionado con la clasificación del grupo. El riesgo de deterioro aumentaba con el número de factores de riesgo. Por ejemplo, de los pacientes sin factores de riesgo, o con solamente uno o dos de ellos, sólo 19% tuvo incremento en los síntomas. Este número aumentó a 26% entre los pacientes con 3 o 4 factores de riesgo y a 33% entre aquellos que tenían 5 o 6 de dichos factores, llegando a 42% entre pacientes con 7 u 8 y al 49% entre los portadores de 9 o más factores de riesgo.

Tratamiento y prevención de los síntomas de exacerbación

A continuación, examinamos si los aspectos específicos del tratamiento estaban asociados con reducción de las probabilidades de exacerbación de síntomas de toxicomanía. Utilizamos el número de factores de riesgo al inicio, la duración del episodio determinante de la atención, la intensidad promedio de la atención de salud mental ambulatoria y las interacciones entre el número de factores de riesgo iniciales y las dos variables vinculadas con el tratamiento para predecir si los síntomas del paciente empeorarían o no.

Tal como lo esperábamos, el número de factores de riesgo iniciales predijo significativamente la exacerbación de los síntomas. La mayor duración del tratamiento se relacionó con menor probabilidad de exacerbación de síntomas. Además, se asoció más estrechamente con reducción en la frecuencia de exacerbaciones, entre pacientes que tenían más factores de riesgo iniciales. Sin embargo, la atención en salud mental ambulatoria más intensiva estaba asociada con mayor probabilidad de exacerbación de los síntomas.

Prevalencia del deterioro

En general, encontramos que entre 10% y 15% de una muestra de pacientes con toxicomanía, representativa del nivel nacional, tenía mayores problemas en el seguimiento que al inicio del tratamiento. Esta prevalencia es algo más elevada que el 7% identificado hace casi 50 años, entre pacientes psiquiátricos ambulatorios,[34] pero es comparable a muchos de los hallazgos obtenidos en diversos grupos tratados desde entonces.[1,3-4,35-36]

Resultados comparables arrojaron dos estudios previos de sujetos con toxicomanías. Ouimette y col.[15] observaron que entre 4% y 15% de pacientes toxicómanos estaban peor luego de 1 año que al comienzo del tratamiento, dependiendo del índice específico de resultado utilizado. En su seguimiento a largo plazo, Shaw y col.[2] concluyeron que 15% de toxicómanos tratados presentaban deterioro continuado.

Predictores del deterioro

Características demográficas. La menor edad (18-39 años), soltería e inestabilidad residencial o domiciliaria predijeron la exacerbación de síntomas. Estos hallazgos completan un trabajo anterior que indicaba que estas características estaban asociadas con pronóstico más desfavorable.[7-10] En esta línea, las personas de edad mediana y los pacientes mayores tienden a presentar resultados del tratamiento algo mejores que los más jóvenes.[28,37-38]

Historia, diagnóstico actual y gravedad de la adicción. Tres aspectos de la historia del paciente fueron predictores independientes de la exacerbación de síntomas: problemas crónicos con drogas de adicción (uso continuado de drogas por más de 10 años), problemas sociales vinculados con drogas (arrestos) y tratamiento previo por problemas de alcoholismo. Estas características son factores de riesgo general y se asocian con menores

resultados del tratamiento;[8,10,12,15] nuestros hallazgos muestran que también están ligados con la exacerbación de los síntomas de adicción durante la terapia o poco después de ésta.

Los pacientes con ambas adicciones, alcohol y drogas, y los adictos o usuarios de cocaína, consideraban su problema como de mayor gravedad, y experimentaban intensificación de sus síntomas con mayor frecuencia. Estos hallazgos completan estudios anteriores en los cuales los pacientes con adicción a drogas o alcohol y aquellos que tenían también dependencia de cocaína exhibían menores resultados del tratamiento.[10,13,39] Ellos enfatizan el papel crítico de la acción comórbida de larga duración del alcohol y drogas, en detrimento de los pacientes, y subrayan la necesidad de desarrollar abordajes terapéuticos más eficaces para estos sujetos.

Problemas psiquiátricos e interpersonales. Tres índices de la gravedad del problema psiquiátrico se asociaron con la exacerbación de las toxicomanías: tres o más síntomas psiquiátricos en la vida del paciente, alucinaciones recientes e historia de atención por problemas psiquiátricos en calidad de internado o atención residencial. La calificación del nivel de gravedad que el individuo asignaba a su padecimiento psiquiátrico y su sensación de necesidad de tratamiento estaban también asociadas con exacerbación de síntomas pero, debido a la superposición con los otros indicadores de gravedad de síntomas, ésta no fue una relación independiente. Los hallazgos sugieren que la gravedad de los síntomas psiquiátricos podría ser mejor predictor de la intensificación de síntomas de toxicomanía que el diagnóstico psiquiátrico *per se.*

Con respecto a los problemas interpersonales, los pacientes que tuvieron conflictos importantes con tres o más personas y que carecían de amigos cercanos eran más proclives a presentar exacerbación de sus síntomas. Los hallazgos son coincidentes con un trabajo anterior que indica que los problemas interpersonales están asociados con menores resultados del tratamiento,[40,41] y más específicamente con deterioro de los síntomas.[4] Estos indicadores de problemas interpersonales no estaban independientemente asociados con menores resultados; sin embargo, los individuos más agresivos que intensifican los conflictos en las relaciones interpersonales pueden encontrar particularmente difícil establecer una eficaz alianza terapéutica.

Tratamiento y prevención de la exacerbación de síntomas

La mayor duración del tratamiento se asoció con reducida probabilidad de exacerbación de los síntomas de adicción. Más aun, la duración de la atención tuvo influencia protectora algo más intensa contra la intensificación de los síntomas en los pacientes de mayor riesgo que en los de riesgo menor. Estos hallazgos son coherentes con varios estudios que encontraron que una mayor duración de la atención, especialmente en el contexto de salud mental ambulatoria, estaba asociada con mejores resultados del tratamiento.[15,22-23,28,42]

Observaciones previas sobre la intensidad de la atención mental ambulatoria dan resultados mixtos, pero en general la duración de la atención está más vinculada con el resultado que la cantidad o intensidad de la atención.[28,43] En parte, los médicos tienden a incrementar la intensidad de la atención cuando el paciente no muestra mejoría, lo que puede reflejarse en una relación entre más atención ambulatoria y exacerbación de síntomas.

Conclusiones y futuras direcciones

Los factores de riesgo que identificamos pueden ser utilizados para predecir la exacerbación de síntomas de toxicomanías y asignar el tratamiento. Es importante reproducir las asociaciones entre factores de riesgo y exacerbación de síntomas y aplicar el índice de factor de riesgo para la selección de pacientes para atención ambulatoria incrementada en salud mental. Algunos aspectos que deben ser estudiados son temas tales como identificar a los sujetos más motivados para tratamientos más intensivos, el papel comparativo entre duración *versus* intensidad de la atención, el intervalo de tiempo más apropiado entre sesiones de tratamiento, y el grado en el cual la participación en grupos de autoayuda podría reducir el riesgo de exacerbación de los síntomas, por sí mismo o en combinación con centros de atención de salud mental ambulatorios.

La investigación futura debería tratar de incluir un grupo de comparación con personas no tratadas, para proveer una línea de base de la historia natural y prevalencia del deterioro en una muestra no tratada. También necesitamos entender el grado en que dicho deterioro es causado por falta de respuesta al tratamiento y el grado en que es parte de un proceso general de deterioro, que finalmente puede revertirse por influencias externas a la terapia. En este orden, dado que el tratamiento constituye sólo un conjunto de factores involucrados en el resultado, necesitamos identificar el contexto extratratamiento, o factores de la vida que permitan predecir el deterioro con mayor exactitud.[44]

Recepción: 27/6/2003 - Aprobación: 28/1/2004

Más información en **www.siicsalud.com**
especialidades en que se clasifican, otros datos del autor, *full text* en inglés.

Bibliografía

1. Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. Psychological Bulletin, 92, 581-604.

2. Shaw, G. K., Waller, S., Latham, C. J., Dunn, G., & Thomson, A. D. (1997). Alcoholism: A long-term follow-up study of participants in an alcohol treatment programme. Alcohol and Alcoholism, 32 (4), 527-535.

3. Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). The benefits of psychotherapy. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

4. Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. Clinical Psychology: Science and Practice, 2, 1-27.

5. Shaw, G. K., Waller, S., McDougall, S., MacGarvie, J., & Dunn, G. (1990). Alcoholism: A follow-up study of participants in an alcohol treatment programme. British Journal of Psychiatry, 157, 190-196.

6. Ouimette, P. C., Finney, J. W., & Moos, R. (1997). Twelve step and cognitive behavioral treatment for substance abuse: A comparison of treatment effectiveness. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 220-234.

7. Hendryx, M. S., Dyck, D. G., & Srebnik, D. (1999). Risk-adjusted outcome models for public mental health outpatient programs. Health Services Research, 34, 172-195.

8. McLellan, A. T., Alterman, A. I., Metzger, D. S., Grissom, G. R., Woody G. E., Luborsky, L., & O'Brien, C. P. (1994). Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: Role of treatment services. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 1141-1158.

9. Ornstein, P., & Cherepon, J. A. (1985). Demographic variables as predictors of alcoholism treatment outcome. Journal of Studies on Alcohol, 46(5), 425-432.

10. Phibbs, C. S., Swindle, R. W., & Recine, B. (1997). Does case mix matter for substance abuse treatment? A comparison of observed and case mix-adjusted readmission rates for inpatient substance abuse treatment in the Department of Veterans Affairs. Health Services Research, 31, 755-771.

11. Akerlind, I., Hornquist, J. O., & Bjurulf, P. (1988). Prognosis in alcoholic rehabilitation: The relative significance of social, psychological, and medical factors. The International Journal of the Addictions, 23(11), 1171-1195.

12. Booth, B. M., Yates, W. R., Petty, F., & Brown, K. (1991). Patient factors predicting early alcohol-related readmissions for alcoholics: Role of alcoholism severity and psychiatric co-morbidity. Journal of Studies on Alcohol, 52, 37-43.

13. Pettinati, H. M., Pierce, J. D., Belden, P. P., & Meyers, K. (1999). The relationship of axis II personality disorders to other known predictors of addiction treatment outcome. The American Journal on Addictions, 8, 136-147.

14. Alterman, A. I., & Cacciola, J. S. (1991). The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: Problems and issues. Journal of Nervous and Mental Diseases, 179, 401-409.

15. Ouimette, P.C., Moos, R., & Finney, J. (1998). Influence of outpatient treatment and 12-step group involvement on one-year substance abuse treatment outcomes. Journal of Studies on Alcohol, 59, 513-522.

Reportajes a prestigiosos profesionales del mundo *entrevistados por los redactores, corresponsales, columnistas o consultores médicos de SIIC.*

Destacan las diferencias de sexo en la presentación del trastorno depresivo

(especial para SIIC © Derechos reservados)

«La teoría de la atribución constituye un potencial para comprender la percepción de las personas en contextos clínicos y supone, el marco ideal para el estudio de diversas psicopatologías, en particular la depresión y la paranoia.»

Entrevista exclusiva a
Montserrat Fernández Prieto
Dra. en Psicología, Universidad de Minho, Minho, Portugal
Página de la autora: www.siicsalud.com/dato/dat044/05719000a.htm

¿A qué atribuye las diferencias según el sexo en la incidencia del trastorno depresivo mayor?

La cuarta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV, 1994) ofrece datos epidemiológicos para una muestra de población general acerca de la incidencia del trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida y su proporción en función del sexo, y demuestra que varió para las mujeres entre el 10% y el 25% y entre el 5% y el 12% para los hombres. Además, estimó que el 6% de las mujeres y el 3% de los hombres que sufrieron este trastorno requirieron hospitalización debido a la gravedad de los síntomas.

Muchas investigaciones estudiaron las diferencias de sexo en el trastorno depresivo. Estas diferencias pueden atribuirse a factores biológicos, una posible transmisión genética relacionada con el cromosoma X, causas hormonales y circunstancias individuales y de sexo. Además, una hipótesis que considero relevante es la diferencia de sexo en el estrés, que afecta más a las mujeres.

¿Podría explicar la teoría de la indefensión aprendida?

La primera presentación de la teoría de la indefensión intentaba explicar el fenómeno que tenía lugar a partir de la exposición a sucesos aversivos incontrolables; es decir, que ante la exposición a sucesos incontrolables, se aprende la falta de contingencia existente entre las respuestas y los sucesos del medio. Esta formulación inicial no especifica dónde y cuándo una persona que posee expectativas de incontrolabilidad llega a sentirse indefensa. Esto se soluciona con el desarrollo de la teoría de la atribución, que proporciona un papel neural a las atribuciones. Esta reformulación manifiesta que cuando una persona se encuentra indefensa se pregunta por qué lo está. La atribución causal que realiza determina la generalidad y cronicidad del déficit de indefensión y su posterior autoestima.

¿Por qué se produce la pérdida de la autoestima en las personas con depresión?

Las personas con depresión presentan baja autoestima porque el área de autovaloración está francamente dañada. La pérdida de autoestima en los pacientes depresivos se produce por las atribuciones causales internas, estables y globales para eventos o sucesos negativos. Estos pacientes suelen ser especialmente autocríticos consigo mismos, con una percepción de pérdida de control. Los sujetos con baja autoestima tienen predisposición a la depresión; lo que todavía queda por esclarecer es si esto representa una predisposición psicológica o una primera fase del trastorno.

¿Los análisis estadísticos obtenidos son similares a los valores de otros estudios?

En este estudio verificamos que los pacientes depresivos presentan un estilo atribucional caracterizado por la atribución interna, estable y global para el fracaso, así como para cualquier evento o situación negativa presente en su vida (Buela Casal, Carretero Dios y Santos Roig, 2001; Gotlib y Abramson, 1999). Sin embargo, el papel que desempeña el estilo atribucional para los eventos positivos es menos claro que para los eventos negativos. Esta es la causa principal por la que en el curso de la depresión no haya sido demasiado investigada. Los datos encontrados en esta investigación corroboran estudios previos (Whisman, Miller, Norman, Keitner, 1995) que verificaron un estilo atributivo externo, específico e inestable para el éxito.

¿Qué brinda este tipo de estudios a la salud pública en general?

Considero que suponen un avance decisivo en el campo de la salud pública. Los resultados de esta investigación son importantes por las consecuencias clínicas en el tratamiento de la depresión. El estudio del concepto de atribución supone tratar y comprender la explicación que el individuo ofrece tanto de sí mismo como del mundo que lo rodea; en suma, determina sus expectativas. Estimo que el estudio de variables atribucionales permitirá desarrollar estrategias de intervención eficaces y eficientes en trastornos de índole depresiva. Además, gracias a la teoría de la atribución podemos entender ciertas tendencias cognitivas presentes en los pacientes depresivos y conseguir una terapia adecuada a dichos errores o sesgos cognitivos.

¿En qué consiste la teoría de la atribución y cómo funciona?

La teoría de la atribución supone una alternativa dentro del modelo cognitivo. Esta teoría alude a las explicaciones de lenguaje ordinario que generan los individuos cuando tienen que dar cuenta de su propia conducta y de sus experiencias o de la conducta y las experiencias de otros. En otras palabras, se preocupa por los juicios causales que los individuos utilizan para explicar eventos que les ocurren a ellos mismos o a los demás. Por lo general, las atribuciones causales son respuestas a las preguntas "¿por qué?" (por ejemplo: "¿por qué suspendí?, porque no he estudiado suficiente"; o bien "porque las preguntas eran muy difíciles"). Por lo tanto, los pensamientos, las cogniciones, son el eje central de esta investigación.

En primer lugar, la teoría de la atribución afirma que existe una tendencia general en todas las personas a realizar explicaciones causales y que es todavía mayor cuando los acontecimientos son anómalos, inesperados o incongruentes con nuestros esquemas. En segundo lugar, estudia las diferencias entre las atribuciones que hacemos para explicar nuestras propias acciones –atribuciones situacionales– y las que realizamos para explicar las de los demás –atribuciones disposicionales–. Atribuimos las experiencias desagradables a factores del entorno, incluimos en ese entorno a "los otros" y así centramos nuestras atribuciones en ciertas disposiciones internas estables. Ante cada experiencia anómala o desagradable, el individuo busca explicaciones y tiende a atribuirlas a factores

externos al propio sujeto, especialmente a la conducta de los otros. A su vez, esta conducta tiende a atribuirse a disposiciones internas en los demás que, en general, son hostiles hacia el sujeto. Por otra parte, los factores como la habilidad, el esfuerzo, la dificultad y la suerte se contemplan como importantes en la determinación del éxito futuro. Por ejemplo, cuando una persona triunfa en la ejecución final, lo atribuye a su habilidad y es probable que afronte nuevas situaciones de realización en el futuro.

¿En qué dimensiones se realiza la atribución en sujetos deprimidos y cuál es el futuro en la terapia de la depresión?

La atribución que realizan los sujetos se hace en función de tres dimensiones: internalidad-externalidad, al explicar la situación de falta de control como una atribución a factores internos se produce un descenso en la autoestima; estabilidad-inestabilidad, es decir, atribuir la falta de control a factores estables nos lleva a una situación de descontrol en situaciones futuras, por lo que el estado depresivo se mantendrá en el tiempo, y globalidad-especifidad, según se crea que la causa afectará más áreas o sólo el área en cuestión.

En esta investigación tratamos de corroborar la existencia de un estilo atribucional característico de la depresión, así como el análisis de la pérdida de autoestima como uno de los rasgos típicos del sujeto depresivo. Este tipo de estudios son muy importantes a la hora de desarrollar programas eficaces de tratamiento y de instrumentos de evaluación de la depresión. Por todo eso considero que las terapias basadas en el desarrollo de programas atribucionales pueden ser de gran ayuda en trastornos depresivos al tratar la visión negativa e irrealista del contexto, la pérdida de la esperanza respecto del futuro, los pensamientos destructivos y la baja autoestima.

Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat044/05719000.htm

Reflexiones acerca de la histeria y la psicopatía

(especial para SIIC © Derechos reservados)

"La histeria ha sido un tema mal comprendido a lo largo de toda la medicina. Los médicos encontraron la manifestación externa de lo histérico pero no han atisbado ni siquiera la patogénesis de este fenómeno."

Entrevista exclusiva a
Hugo Marietán
Médico Psiquiatra, Hospital Borda, Buenos Aires, Argentina
Página del autor: www.siicsalud.com/dato/dat043/05606021a.htm

***¿Podría explicar el subtítulo de su artículo:* "¡La histeria es un problema... tanto para el médico como para la histérica! ¡Realmente!"?**

La histeria ha sido un tema mal comprendido a lo largo de toda la medicina. Los médicos encon-traron la manifestación externa (síntomas) de lo histérico pero no han atisbado ni siquiera la pato-génesis de este fenómeno. Como todo hecho incomprensible, generó las más variadas posturas teóricas pero ninguna de ellas lo entendió. Este desconcierto que se produce en el profesional es compartido por la persona que padece la histeria.

¿Por qué cree que la histeria ha estado tradicionalmente relacionada con lo genital?

Tradicionalmente se consideró la histeria como patrimonio de lo femenino; recién con Charcot, a fines del siglo XIX, se hace un estudio serio sobre la histeria en el varón, que luego será difundido por Freud. De esto se desprende que la relación entre histeria y genitales es muy estrecha. Ya que la palabra remite al útero fácil es seguir el razonamiento por el cual si es un "problema genital", la solución es también genital. De ahí el barbarismo terapéutico de buscarle soluciones sexuales. Obviamente, lo histérico está intrincado en la personalidad de quien lo padece, a tal punto que muchos autores creen que es una estructura o forma de personalidad; desde este punto de vista no habría tratamiento posible.

¿Por qué las "soluciones a la histeria" han sido tradicionalmente "agresivas"?

Todo fenómeno que no tiene una explicación satisfactoria desde lo científico origina creencias. Estos dos artificios, las explicaciones y las creencias, nos dan un marco argumental donde orientar nuestras acciones. Si no contamos con ninguno de estos marcos caemos en la incertidumbre, esto básicamente genera temor y, con él, la paralización o la agresividad. Los reiterados fracasos de las explicaciones y creencias acerca de lo histérico, la permanente frustración, pueden generar en el terapeuta conductas agresivas por impotencia, de ahí que a muchas de las prácticas clínicas de principios de siglo las consideremos crueles, como el uso del dolor como instrumento terapéutico.

¿Cree que cambió la manera de encarar este tipo de cuadros?

Creo que la difusión masiva de los conceptos psicoanalíticos posibilitó que las personas en general, y los médicos en particular, tuvieran una actitud más tolerante con las personas que padecen histeria. Sin embargo, el fenómeno les resulta tal inasible como siempre. Por lo general, el médico clínico deriva estos casos al psiquiatra.

¿Se evalúa correctamente el as-pecto clínico en un cuadro compa-tible con histeria? ¿Por qué?

La histeria, desde lo clínico, puede aparentar síndromes clínicos orgánicos por su capacidad de imitación. Pero estas apariencias nunca son completas y luego de varios tratamientos y derivaciones

fallidas, o bien con una semiología fina, se puede llegar al diagnóstico de histeria. Esto marca la dificultad inicial de hacer un diagnóstico adecuado y que no hay pautas o criterios sólidos de signos y síntomas que permitan realizar un diagnóstico inicial. Esto se debe más a la versatilidad de lo histérico que a la incapacidad nosográfica. Pero una vez que el estímulo sintomático genera la idea de estar ante una histeria, allí las conductas terapéuticas se hacen más claras.

¿Cómo se relacionan la psicopatía y la histeria?

El psicópata nunca es un ser opaco, es un ser que genera una luz especial, independientemente de la valoración ética que hagamos de esa energía. Es una forma de ser en el mundo con necesidades especiales y formas atípicas de satisfacerlas. Esto, junto a la cosificación, es lo nuclear en la psicopatía. El psicópata es un ser que trabaja para sí mismo. Puede tener rasgos de la histeria pero se diferencia netamente del neurótico histérico en la calidad de su accionar, el rédito obtenido, y en la *performance* del concepto de culpa. El neurótico paga siempre un precio por la manipulación y sus beneficios secundarios; el psicópata –como está satisfaciendo sus necesidades especiales– no siente ese displacer interno que llamamos culpa en su accionar psicopático. Es un error muy difundido creer que el psicópata carece de la capacidad de sentir culpa. El psicópata siente culpa como cualquier otro ser humano cuando transgrede sus propios códigos, pero no cuando sus acciones están armonizadas con sus códigos internos, aunque el hecho sea considerado aberrante por los demás.

¿Qué tipologías pueden destacarse dentro de dicha relación?

En el terreno de las psicopatías es posible plantear diferentes "tipos" que presentan rasgos histéricos. La clínica clásica los diferenció en fantasiosos puros, seudólogos fantásticos y farsantes. El fantasioso puro es aquel que tiene exacerbada su fantasía pero no la traduce en actos, se mantiene en ese terreno o sólo la verbaliza, "vive en un mundo de sueños", puede estar ausente, distraído. El seudólogo pone su imaginación al servicio de sus objetivos, miente sistemáticamente y con una finalidad, siente placer por fabular y aparentar más de lo que es, obtiene beneficios materiales pero como un efecto colateral a su necesidad de estima. Esto lo diferencia netamente del farsante, donde el beneficio material es lo importante; por lo general es amable y seductor, y también un actor nato; el farsante utiliza la mentira y la fabulación para manipular hacia objetivos materiales, es estafador.

¿Podría mencionar algún ejemplo de cada tipo?

Un ejemplo de seudología fantástica tuvo lugar en los '70, cuando Pérez de Cuellar era secretario general de la OEA. Se presenta en Buenos Aires un joven de apellido Pérez de Cuellar en misión de representar a su padre. Contacta con gente de una provincia del litoral. Como hijo de Pérez de Cuellar, y por tal misión, fue invitado por el gobernador de una de estas provincias a visitarla, dándosele hospedaje en el mejor hotel. Llamaron la atención los finos modales del joven, su acento extranjero, su amabilidad, su buen porte, su don de gente y su simpatía. Así, fue agasajado durante algunas semanas con todo lujo y tratado como el mejor. Un día se presenta en el hotel una señora y pide por su hijo. "¿Quién es su hijo?", le preguntan. "Mi hijo es Pablo Pérez", responde. "Acá no hay ningún Pablo Pérez", le responden. A lo que ella dice: "Es quien ustedes conocen como el hijo de Pérez de Cuellar". Gran revuelo. Posteriormente la señora cuenta que su hijo se había ido de su casa y, para su sorpresa, lo ve luego por tevé rodeado por el gobernador y otros personajes importantes. Pide a su hijo volver a Buenos Aires. Pablo, al momento de descubrirse su chanza reconoce todo, que es lo característico del mitómano, y parte con su madre después de semejante actuación.

El ejemplo del farsante tiene como protagonista al hombre que vendió dos veces la torre Eiffel. El conde Víctor Lustig, como se hacía llamar. Por 1925 un señor muy elegante que residía en el mejor hotel de París se entera de que se realizarán algunas refacciones en la torre Eiffel, a partir de lo cual se le ocurre la idea de vender la torre como chatarra. Manda hacer papelería muy semejante a la oficial e invita a todos los chatarreros franceses a participar en una licitación de compra del material de chatarra. Se presentan varias personas a las que plantea que el gobierno francés decidió deshacerse de la torre, dado el enorme costo que conlleva su mantenimiento, por lo que se ofrecen en venta alrededor de siete mil toneladas de hierro. La condición que pone es el absoluto silencio al respecto, dado que si el pueblo francés se entera de esta decisión, por el carácter simbólico que la torre posee, armaría un gran revuelo –cosa que el gobierno no quiere que suceda–. Se presentan las ofertas y el conde no elige a la persona que ofrece la cotización más alta sino a la persona más vulnerable. Le informa que lo ha elegido para ganar la licitación, siendo que había mejores postores, y que él sólo cobraría su sueldo por tamaño trabajo... ¡le pide una coima! Toma la importante suma de dinero producto de la coima y huye hacia Austria. Cuatro meses después vuelve a París, hace la misma operación con otros chatarreros, pero esta vez es descubierto y debe huir a Estados Unidos.

¿Cómo es la visión actual del DSM-IV sobre el tema? ¿Ha variado?

El concepto de histeria como unidad clínica se dispersa en el DSM-IV a través de las nuevas nominaciones de trastornos somatoformes, facticios y disociativos. Sin embargo, este acto quirúrgico no agrega absolutamente nada al conocimiento de la histeria ni ha mellado el cuerpo fenoménico del cuadro. La histeria es como un elefante muy grande que no se deja cubrir con sábanas falaces ni se deja diseccionar.

Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat043/05606021.htm

Resúmenes en castellano de artículos originales e inéditos escritos para SIIC. Sus versiones completas pueden consultarse libremente hasta el 30 de septiembre de 2006 en la página específica de www.siic.info que se indica al pie de cada uno.

Progresos de las propuestas de la comunidad médica sobre el uso de la marihuana

Wayne Hall, Columnista Experto de SIIC
Institución: Office of Public Policy and Ethics, Institute for Molecular Bioscience, University of Queensland

Antecedentes: Se han apoyado las propuestas para el empleo de la marihuana como formas de permitir a los pacientes con sida, cáncer y esclerosis múltiple que la utilicen con fines medicinales. Esta revisión actualiza el resultado de estos proyectos en Australia, Estados Unidos, Países Bajos, Canadá y Reino Unido. *Método:* Revisión y síntesis de la bibliografía científica, publicaciones oficiales de los gobiernos, sitios de Internet gubernamentales y medios de publicación masivos sobre el estado actual de las propuestas o los proyectos para el uso medicinal de la marihuana en los países mencionados. *Conclusiones:* Los problemas identificados en la revisión anterior aún limitan el acceso de los pacientes a la marihuana. En los Estados Unidos, los esfuerzos del gobierno federal para anular las leyes estatales fueron avalados por la Corte Suprema, por lo cual los pacientes estuvieron en riesgo de ser llevados a juicio. En Canadá, el gobierno ofreció el suministro a los pacientes pero los médicos han sido reticentes a prescribirla. El estado australiano de Nueva Gales del Sur abandonó los esfuerzos tendientes a proveer marihuana medicinal mientras que el gobierno del Reino Unido otorgó fondos para la realización de ensayos clínicos sobre Sativex para la esclerosis múltiple, pero la droga aún no fue aprobada. No hubo gran demanda de recetas para marihuana en los Países Bajos, quizá debido a que los pacientes holandeses pueden tener acceso a productos más económicos con este componente en las cafeterías.

Artículo completo: www.siic.info/saludiciencia/psiquiatria/12/104.htm
Extensión aproximada: 7 páginas

Experiencia en el estudio del síndrome del cromosoma X frágil en Costa Rica

Patricia Cuenca Berger, Columnista Experta de SIIC
Institución: Instituto de Investigaciones en Salud, Escuela de Biología y Programa Institucional de Investigación en Neurociencias, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica

El síndrome del cromosoma X frágil es una discapacidad relativamente común. Es un ejemplo de un nuevo tipo de mecanismo de mutación conocido como mutaciones inestables, tripletas repetidas o amplificación del ADN. Este síndrome es la principal causa de retraso mental hereditario. En este trabajo se informa sobre un estudio prospectivo de personas clínicamente afectadas que se realizó con el fin de confirmar su diagnóstico mediante métodos moleculares (*Southern blot* y PCR) y llevar a cabo el tamizaje en cascada del resto de la familia para ofrecerles asesoramiento genético seguro y confiable. Más de la mitad de los pacientes estudiados resultaron negativos para la mutación de FRAXA, lo cual demuestra las dificultades que tienen los médicos para diagnosticar este síndrome. La razón para esto puede ser el hecho de que el fenotipo es muy sutil, sobre todo en niños que no han llegado todavía a la pubertad. El tamizaje en cascada y el asesoramiento genético son la única alternativa disponible para prevenir este retraso mental en Costa Rica.

Artículo completo: www.siic.info/saludiciencia/psiquiatria/12/105.htm
Extensión aproximada: 6 páginas

Avances en el tratamiento del síndrome de Tourette

Kirsten R. Müller-Vahl, Columnista Experta de SIIC
Institución: Medical School Hannover, Hannover, Alemania

Los tics son el sello distintivo del síndrome de Tourette (ST). Los antagonistas dopaminérgicos constituyen el tratamiento de elección aunque los neurolépticos frecuentemente presentan efectos colaterales poco satisfactorios. Por tanto, existe un creciente interés en obtener nuevos enfoques terapéuticos. Algunos informes anecdóticos han sugerido que *Cannabis sativa* podría disminuir los tics. Dos estudios controlados en un número pequeño de pacientes demostraron que el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) –el ingrediente más psicoactivo del cannabis– fue efectivo para controlar los tics sin inducir efectos adversos serios. Además, no se observaron alteraciones del desempeño neuropsicológico. Por lo tanto, el THC debiera incorporarse al listado de fármacos útiles para el tratamiento de los tics. Nosotros recomendamos la utilización de esta molécula en los pacientes con ST que no respondieron al tratamiento con las drogas de referencia o presentaron efectos adversos significativos. Hasta el momento, no queda claro si la planta de cannabis, los agonistas naturales o sintéticos de los receptores cannabinoides o los agentes que interfieren con la inactivación de los endocannabinoides poseen el mejor perfil de efectos adversos en el tratamiento de los tics. Los datos disponibles sugieren que el sistema del receptor cannabinoide central endógeno CB1 podría regular la actividad motora de los ganglios de la base. Por lo tanto, se puede especular que este sistema de receptores podría estar relacionado con la fisiopatología del ST.

Artículo completo: www.siic.info/saludiciencia/psiquiatria/12/106.htm
Extensión aproximada: 13 páginas

Evaluación de la cooperación en pacientes con trastornos antisocial, límite, negativista desafiante y afectivos

Francisco Montañés Rada, Columnista Experto de SIIC
Institución: Fundación Hospital Alcorcón, Madrid, España

El estudio de la cooperación es central para entender las interacciones sociales. Nuestro equipo diseñó una versión por ordenador del Dilema del Prisionero para evaluar cooperación (DPOC). Con este test intentamos evitar los sesgos de respuesta en tests de lápiz y papel y entrevistas tradicionales mediante una simulación de situaciones de intercambio social. En el trastorno antisocial comparado con controles o pacientes con conducta antisocial pero sin criterios de trastorno antisocial, el DPOC muestra problemas de excesiva competitividad y tendencia al dominio prevaleciendo sobre el beneficio material y generando claros problemas de cooperación. En trastornos precursores como el negativista desafiante (una vez controlada su hiperactividad comórbida con tratamiento) encontramos similares problemas, si bien menos acusados. Los trastornos del *cluster* B como los límite de personalidad muestran patrones de cooperación intermedios entre controles y el trastorno antisocial. Por último, trastornos como la esquizofrenia y la depresión no muestran problemas de cooperación salvo en fase de desorganización conductual por fase aguda de su enfermedad. El DPOC consigue evaluar la conducta cooperadora en la vida real mejor que otros métodos como entrevistas o test de lápiz y papel y es aplicable a diversas edades sin necesidad de cambios.

Artículo completo: www.siic.info/saludiciencia/psiquiatria/12/107.htm
Extensión aproximada: 13 páginas

Resúmenes amplios de trabajos recién seleccionados de revistas, generales y especializadas, de alcance internacional.

Enfoque no farmacológico para tratamiento del alcoholismo

BMJ 331(7516):541-544, Sep 2005

Birmingham, Reino Unido

En el año 2000 la prevalencia de la dependencia del alcohol en Gran Bretaña fue del 11.9% en varones y del 2.9% en mujeres. Algunos estudios mostraron que, entre los enfoques no farmacológicos, la terapia cognitivo-conductual, el programa de facilitación de 12 pasos y la terapia para mejorar la motivación personal *(motivational enhancement therapy,* MET) son igualmente efectivos para el tratamiento de los trastornos asociados con el consumo de alcohol.

Los autores propusieron evaluar la eficacia de una nueva terapia de enfoque social *(social behaviour and network therapy,* SBNT) a través de la comparación con los resultados obtenidos con la MET. Para ello estudiaron 742 sujetos con problemas relacionados con el alcohol que asistían a 7 centros de Gran Bretaña y que fueron distribuidos en forma aleatoria en los 2 grupos terapéuticos. La SBNT se realizaba en 8 sesiones de 50 minutos cada una durante 8 a 12 semanas y la MET en 3 encuentros de 50 minutos cada uno en el mismo lapso. Con posterioridad, 689 individuos fueron entrevistados a los 3 meses y 617 a los 12 meses. Se excluyeron los pacientes menores de 16 años, los analfabetos, quienes no pudieron indicar un contacto personal y quienes tenían pensado mudarse. Tampoco se incluyeron los pacientes con psicosis o déficit cognitivos graves y aquellos que ya recibían tratamiento para el alcoholismo.

En las entrevistas de control realizadas a los 3 y 12 meses se evaluó la cantidad consumida de alcohol, la dependencia con el cuestionario de Leeds y los problemas relacionados con el consumo en los 3 últimos meses. También se midió la función hepática con el dosaje de la gamma-glutamil transferasa y, finalmente, se analizó la calidad de vida relacionada con la salud mediante cuestionarios específicos: el EQ-5D, el SF-36 y el GHQ-28, que mide los trastornos psicológicos.

Al cabo de 12 meses, tanto los pacientes tratados con MET como los que recibieron la nueva SBNT comunicaron haber disminuido notablemente su consumo de alcohol (48% y 45% a los 3 y 12 meses respectivamente) y su dependencia de esta sustancia. Los problemas relacionados con el alcoholismo disminuyeron en un 44% a los 3 meses y en un 50% al finalizar el año. La mejoría en la calidad de vida y en la salud mental fue notoria, pero los niveles de gamma-glutamil transferasa de los participantes tuvieron pocos cambios.

La MET y la SBNT, concluyen los autores, tienen la misma eficacia terapéutica en el tratamiento de los problemas asociados con el consumo de alcohol.

Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat045/05o25003.htm

Prevención del suicidio en los países en vías de desarrollo

Journal of the Royal Society of Medicine 98(10):459-463, Oct 2005

Karachi, Pakistán

Cada año en todo el mundo alrededor de un millón de personas se quitan la vida. La OMS ha calificado al suicidio como un importante problema global de salud pública y ha solicitado que las autoridades nacionales creen e implementen estrategias para su prevención. En muchos países desarrollados, esto es objeto de una creciente atención, mientras que en los países en vías de desarrollo (PVD) el problema aún permanece en gran parte ignorado.

Las tasas globales de suicidio han mostrado un sostenido aumento durante los últimos 50 años y se cree que se incrementarán aun más. La incidencia de suicidios se informa usualmente por cada 100 000 habitantes. Así, los países con tasas mayores de 30/100 000, como Sri Lanka o Lituana, se consideran como de elevada incidencia, los de tasas entre 10 y 29/100 000, como China o Eslovenia, de mediana incidencia y los de tasas menores de 10/100 000, como Egipto y Jordania, de baja incidencia. Sin embargo, las tasas no siempre reflejan la verdadera extensión del problema; China e India son países de incidencia media pero, debido a su gran población, la cantidad de suicidios es muy elevada, y encabezan las posiciones en número de suicidios por año. Según el registro de mortalidad global de la OMS, el 85% de los suicidios tienen lugar en países de ingresos medios y bajos. Más de la mitad de los países no cuentan con datos sobre tasas; la mayoría de ellos son PVD de Asia, Africa y América del Sur. El suicidio ya no representa un delito criminal en ningún país desarrollado, pero aún lo es en muchos PVD, especialmente en muchas naciones islámicas. Factores religiosos y sociales también influyen sobre el diagnóstico y el registro de los suicidios. En los PVD, los suicidios son asociados con problemas en las relaciones interpersonales, disputas domésticas y problemas financieros como causa de la conducta suicida; rara vez se mencionan las enfermedades mentales. Una característica particular de los suicidios en los PVD es la gran proporción de mujeres, particularmente de jóvenes casadas. Los estudios sugieren que, en muchos de estos países, el matrimonio representaría una fuente significativa de estrés para las mujeres, lo que determinaría en ellas una alta tasa de morbilidad psiquiátrica y de conducta suicida. Entre los factores actuantes figuran la temprana edad al momento de casarse, la falta de autonomía en la elección del cónyuge (matrimonios arreglados) y la dependencia económica.

Muchos PVD enfrentan el inconveniente de la pobreza y el crecimiento de la población; ante el problema de las enfermedades transmisibles y las cuestiones relacionadas con la salud materno-infantil, la salud mental tiene una baja prioridad.

No es fácil resolver el abordaje de los suicidios en los PVD, con su falta de recursos y la baja prioridad otorgada a la salud mental. La OMS estima que por cada suicidio se producen al menos 10 a 20 actos de daño autoprovocado (ADA), que representan una buena oportunidad para detectar la potencialidad de un futuro suicidio y, de esta manera, encarar el problema psicológico de base. Todo individuo que comete un ADA debería ser sometido a una evaluación psiquiátrica. Otros aspectos a tener en cuenta son el control del acceso a los métodos comunes de suicidio, el tratamiento psicológico durante la "ventana de oportunidad" (desde la ideación suicida hasta el acto de suicidio propiamente dicho) y la consideración de ciertos puntos como las presiones sobre las jóvenes casadas y la necesidad de revisar las leyes en muchos PVD.

La prevención del suicidio en estos países constituye un desafío. Tanto los profesionales de salud pública y salud mental, como los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales deben trabajar juntos para enfrentarlo, concluye el autor.

Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat046/05n07017.htm

El ritmo circadiano nocturno no influiría en la aparición del trastorno afectivo estacional

Psychiatry Research 136(1):51-60, Jul 2005

Bolonia, Italia

El trastorno afectivo estacional (TAE) es una condición que se caracteriza por la recurrencia cíclica de episodios afectivos (depresión o manía) en períodos específicos del año y es más prevalente en las zonas con mayor variación anual de luz natural. El TAE invernal es más común que el estival y está asociado con la reducción de la luz diurna. La luminoterapia ha demostrado ser efectiva en estos casos.

En los últimos años se ha sugerido que el TAE podría estar relacionado no sólo con los ritmos estacionales, sino también con las variaciones del ciclo circadiano: algunos estudios mostraron que los pacientes con TAE parecen tener un estilo de vida nocturno con mayor frecuencia que los controles.

Las tipologías circadianas nocturnas y diurnas presentan diferencias en la organización temporal de los ritmos biológicos y del comportamiento.

Los autores entrevistaron a 1 123 estudiantes universitarios de Italia y 592 de España con un cuestionario para evaluar el patrón estacional y con el *Morningness-Eveningness Questionnaire*. De los 1 715 participantes, 16.8% eran del tipo circadiano matutino, 60.87% pertenecían al tipo intermedio y 22.45% al nocturno; este último porcentaje fue mayor en los participantes varones y en los españoles. El 74.75% de las personas manifestaron no resultar afectadas por los cambios estacionales y alrededor del 20% cumplía con los criterios diagnósticos de TAE subclínico o manifiesto; los italianos y las mujeres fueron los más afectados por las variaciones ambientales. Alrededor del 10% de las personas de todos los tipos circadianos fueron susceptibles al TAE.

Para el análisis prospectivo de los cambios en el estado del ánimo según la época del año, los autores seleccionaron a 18 sujetos sin trastornos afectivos pertenecientes a la población italiana previamente estudiada, quienes evaluaron su estado de ánimo todos los meses durante un año. Los participantes con ritmo circadiano diurno presentaron un mejor estado de ánimo en los meses de otoño y los de ritmo nocturno durante el verano. Aunque el pequeño tamaño de la muestra de este análisis no permitió arribar a conclusiones estadísticamente significativas, se puede afirmar que la afectividad de las personas sanas fluctúa según las estaciones climáticas.

Los autores concluyen que todos los seres humanos presentan sensibilidad, en mayor o menor grado, a las variaciones ambientales. Las diferentes expresiones sintomatológicas de los cambios del estado de ánimo estacionales dependen no sólo del tipo circadiano de la persona, sino también de los rasgos individuales y de otras variables como las diferentes costumbres socioculturales.

Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat046/05n07002.htm

Las adolescentes agresivas suelen ser víctimas de violencia

Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 159(8):731-739, Ago 2005

Boston, EE.UU.

Entre los factores de riesgo para la agresividad y delincuencia juveniles se encuentra el abuso infantil físico o sexual y el hecho de haber presenciado actos de violencia doméstica. Estudios previos indican que las niñas agresivas tienen una alta probabilidad de haber sido víctimas de violencia sexual; por otra parte, la exposición a la violencia comunitaria suele preceder el comportamiento agresivo de los adolescentes.

Entre noviembre de 1995 y enero de 2002, los autores realizaron en la ciudad de Chicago una investigación acerca de las características de 637 niñas de 9 a 15 años, sus familias y la zona donde habitaban. Se observó diversidad racial, étnica, socioeconómica, de la estructura familiar y de la vecindad de las participantes. Fueron llevadas a cabo 3 entrevistas personales (aproximadamente una cada 24 meses) con las jóvenes y sus padres o tutores, y además se recogieron datos acerca de la comunidad.

En la entrevista inicial, el 38% de las adolescentes confesó haber tenido al menos un comportamiento violento en el año previo; en el segundo encuentro este porcentaje fue del 28% y en la última entrevista, del 14%.

La probabilidad de adoptar conductas agresivas fue 2.2 veces más elevada entre las niñas que informaron haber sido víctimas de violencia, incluso después de realizar el ajuste del análisis estadístico por posibles factores de confusión como el nivel socioeconómico, el uso de sustancias ilegales, las amistades peligrosas y la conducta violenta inicial de las participantes. La frecuencia de homicidios y la concentración de pobreza en el barrio también se asoció con la agresión de las adolescentes. El diseño longitudinal permitió observar un pico de mayor violencia cuando las niñas tenían 14 años, hallazgo que concuerda con otras investigaciones.

También se evidenció una disminución general de la prevalencia de la agresividad entre la entrevista inicial y las subsiguientes, lo que coincide con los datos acerca de la merma de violencia juvenil en los EE.UU. durante el período estudiado.

Los autores destacan los altos niveles de agresividad observados en las niñas que habían sufrido violencia en el hogar, la escuela o la comunidad. Y agregan que para prevenir la violencia juvenil, las intervenciones tempranas resultan necesarias pero insuficientes, ya que también se debe mejorar la seguridad en la comunidad y en el hogar.

Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat045/05o24000.htm

Relación entre agotamiento laboral y trastornos depresivos

Journal of Affective Disorders 88(1):55-62, Sep 2005

Helsinki, Finlandia

La depresión y el agotamiento no sólo son problemas de salud habituales entre los trabajadores en la actualidad sino que además están relacionados entre sí.

Se define al agotamiento como un factor que influye en la salud –y no como una entidad patológica en sí misma– que se caracteriza por un estado mental negativo y persistente relacionado con el trabajo. Entre los trastornos depresivos (TD) se incluyen el TD mayor, la distimia y el TD no especificado, entidades nosológicas que difieren entre sí por la duración de los episodios y la cantidad de síntomas que presenta el

paciente. Los TD son el resultado de influencias genéticas y ambientales, y el trabajo estresante es uno de los posibles factores desencadenantes.

Los autores investigaron la asociación de agotamiento laboral y TD con un análisis de corte transversal en base al *Health 2000 Study* realizado en Finlandia,. Entrevistaron a 3 276 trabajadores de 30 a 64 años; para evaluar la presencia y el grado de agotamiento utilizaron el *Maslach Burnout Inventory,* y la *Composite International Diagnostic Interview* para diagnosticar los TD.

El 2.4% de los participantes presentaba un agotamiento laboral grave, el 25.2% lo padecía en un grado moderado y el 11.7% cumplía los requisitos para algún tipo de TD. Los datos revelaron que las dos entidades analizadas se hallan claramente relacionadas: se observó un mayor riesgo de padecer TD (especialmente TD mayor) cuando el agotamiento era importante. La mitad de los participantes con un grado importante de este último tenían algún tipo de TD, mientras que aquellos que estaban cursando un episodio depresivo mayor padecían más a menudo agotamiento grave en comparación con quienes habían presentado un TD con anterioridad.

Al agotamiento se lo ha considerado un problema psiquiátrico leve, pero los datos indican que si es grave se encuentra asociado a menudo con el TD mayor y en menor medida con distimia o TD menor, por lo que se debería reconsiderar su importancia clínica.

Según los autores, los conceptos de agotamiento laboral y depresión se complementan y se asocian entre sí, en especial en los casos de mayor gravedad sintomatológica. Por ello, recomiendan evaluar la presencia de ambos trastornos en los pacientes al momento de la consulta.

Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat046/05n16000.htm

El rendimiento intelectual de adolescentes con muy bajo peso al nacer

Acta Paediatrica 95(2):224-230, Feb 2006

Trondheim, Noruega

El bajo peso al nacer puede deberse tanto al parto prematuro como al retraso del crecimiento intrauterino. Estas causas pueden tener diferentes consecuencias en el desarrollo, por lo que los autores evaluaron la atención y la funciones ejecutivas en una cohorte de adolescentes con muy bajo peso al nacer (MBPN) y nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG).

Quienes nacen con menos de 1 500 g, o sea MBPN, tienen más riesgos de presentar alteraciones de la atención durante la infancia, lo que incluye una elevada prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Hasta el momento no se han publicado informes acerca de las alteraciones en el rendimiento de las funciones ejecutivas de los adolescentes nacidos PEG, quienes se encontraban por debajo del percentilo 10 al nacer a término.

La atención y las tareas de ejecución están relacionadas con la mayoría de las actividades cognitivas, porque requieren la capacidad de movilizar los instintos y la iniciativa, mantener la actividad y ejercer un control activo.

La presente investigación es parte de un proyecto de seguimiento poblacional de niños con MBPN y PEG nacidos entre 1986 y 1988 en Noruega.

Las evaluaciones se realizaron entre noviembre de 2000 y octubre de 2002 e incluyeron un grupo control de 83 adolescentes nacidos con peso normal, 54 con MBPN y 60 PEG. Once adolescentes habían pesado menos de 1 000 g al nacer.

Las evaluaciones fueron realizadas por una psicóloga, quien administró varias pruebas para determinar la atención, las tareas de ejecución y el coeficiente intelectual (CI). Entre ellas, el *Knox Cube Test* (KCT) que evaluó la atención inmediata de material no verbal y el *Conners' Continuous Performance Test* (CPT II), una tarea computarizada que requiere que el individuo preste atención sostenida a estímulos visuales. Además, el *Stroop Colour-Word Test* (SCWT) que permite valorar la atención selectiva y el *Trial Making Test* (TMT A & B) que requiere que la persona retenga una serie de secuencias, con lo cual se evalúa la flexibilidad mental, la percepción visual y la velocidad psicomotriz. Por último, el *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST) que evalúa la capacidad para resolver problemas y la flexibilidad cognitiva del individuo. El CI se estimó en base a las secciones de vocabulario y diseño de bloques de la *Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition.*

Las madres de los adolescentes nacidos PEG tenían un nivel educativo más bajo que las del resto de los participantes. El CI promedio del grupo de MBPN fue menor que el de aquellos nacidos PEG y el de los controles. Siete participantes con MBPN y uno nacido PEG padecían parálisis cerebral, pero ninguno presentaba impedimentos visuales o auditivos que pudieran interferir con el desarrollo de las pruebas.

Los análisis estadísticos revelaron que, en comparación con la población control, los adolescentes con MBPN presentaron dificultades en el área de atención y funciones ejecutivas, mientras que aquellos nacidos a término, pero PEG, sólo presentaron unas pocas desventajas, específicamente en el WCST y en el SCWT. El bajo rendimiento en varias pruebas fue especialmente frecuente en un subgrupo de adolescentes con MBPN y bajo CI.

Los resultados del CPT II parecieron refutar la desventaja de los participantes con MPBN evidenciada en el KCT, SCWT, TMT A & B y WCST. Esto puede deberse a los diferentes requisitos de las evaluaciones, ya que el CPT II fue la única prueba que demandaba atención con la condición de una baja probabilidad de respuesta, mientras que el resto de las evaluaciones involucraban la manipulación activa de material al que se le debía prestar atención.

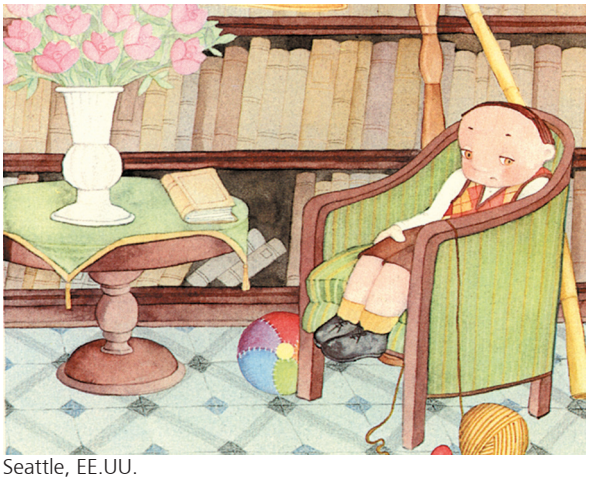
Por esto, los autores interpretan que los adolescentes con MBPN tienen menos afectada la vigilancia y la atención sostenida que otros aspectos de la atención o función ejecutiva. En general, las desventajas observadas en estos participantes señalan posibles dificultades para trabajar independientemente a nivel escolar, ya que los logros educativos implican una correcta manipulación de la información.

Para finalizar, los autores sugieren que los programas educativos tengan en cuenta los hallazgos del presente estudio para organizar medidas de prevención y ayuda. De este modo, es posible que los adolescentes con antecedentes de MBPN puedan aprender a manipular la información, evitando así sus dificultades escolares.

Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat048/06404007.htm

Tratamiento de la depresión en niños y adolescentes

CNS Drugs 20(1):1-13, 2006



Seattle, EE.UU.

El manejo de los niños y adolescentes con depresión comprende la combinación de medicación y psicoterapia, y la vigilancia de los aspectos relacionados con la seguridad de la primera.

Sólo han transcurrido dos décadas desde que se comenzó a comprender claramente que los niños y adolescentes pueden presentar trastornos depresivos. En los EE.UU., las tasas de prevalencia de los cuadros distímicos y depresión mayor en dicha franja etaria varían entre 0.6% y 2.8%, y se produce un significativo aumento de la frecuencia de los trastornos depresivos durante el comienzo de la adolescencia. La depresión se asocia con una considerable morbilidad y con riesgo de mortalidad. El suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes estadounidenses y uno de sus principales factores de riesgo es la depresión.

Las drogas que se señalan como más eficaces en el tratamiento farmacológico de la depresión en niños y adolescentes son los inhibidores de la recaptación de serotonina, en particular, la fluoxetina. Sobre la base de resultados de estudios clínicos aleatorizados, a doble ciego y controlados con placebo, se la indica como droga de primera elección en el tratamiento de la depresión en la población pediátrica. Por otra parte, existe cada vez más información acerca de las intervenciones psicosociales en el manejo de estos pacientes, aunque hay pocos estudios controlados. La literatura médica menciona una variedad de intervenciones psicoterapéuticas como tratamiento, pero la mayoría de los trabajos emplearon terapias interpersonales y cognitivo-conductual. En trabajos individuales, las tasas de mejoría de la depresión en niños tratados con la segunda técnica varían entre 54% y 67%, mientras que en los adolescentes con depresión mayor, los resultados de este tratamiento han sido diversos.

El estudio más exhaustivo y, según la opinión del autor del presente artículo, el mejor diseñado hasta el momento referido al tratamiento de la depresión mayor en los adolescentes fue un trabajo aleatorizado realizado en EE.UU. en 439 pacientes. En este estudio se investigaron los efectos de la fluoxetina sola (de 10 a 40 mg por día), la terapia cognitivo-conductual únicamente, la combinación de las dos anteriores y un placebo. Los resultados mostraron que la combinación de las dos terapias mencionadas fue más efectiva que la administración de placebo, mientras que el tratamiento con fluoxetina sola no resultó más eficaz. Los porcentajes de respuesta al tratamiento fueron de 71% con la terapia combinada, 61% con fluoxetina sola, 43% con el tratamiento cognitivo-conductual y 35% con placebo. Por otra parte, han surgido preocupaciones relacionadas con la seguridad del uso de medicación antidepresiva. Se ha observado una prevalencia de efectos adversos relacionados con el estado de ánimo del 4% (lo cual incluye los intentos de suicidio) en los usuarios de drogas activas, mientras que esta tasa es del 2% en los que reciben placebo. Estos hallazgos han determinado legislaciones en varios países, que varían desde la contraindicación de la mayoría de los antidepresivos en Gran Bretaña hasta el establecimiento de estos agentes como segunda línea de intervención en Nueva Zelanda. El tratamiento asociado con una mejoría clínica de la depresión no debe ser interrumpido en forma abrupta y debería continuar durante los 3 a 6 meses posteriores a la remisión.

El tratamiento de la depresión en niños y adolescentes aún se asocia con una variedad de interrogantes que deben ser aclarados. A pesar de que no existe un consenso, afirma el autor, deben tomarse decisiones terapéuticas, ya que la depresión es una enfermedad frecuente y grave que se asocia con una importante morbilidad y una potencial mortalidad.

Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat048/06329012.htm

Efecto de la terapéutica integrada en el primer episodio de psicosis

BMJ 331(7517):602-605, Sep 2005

Copenhague, Dinamarca

Determinados tratamientos psicosociales, como la intervención familiar, han demostrado efectos beneficiosos en la evolución clínica y social de los pacientes con esquizofrenia. A su vez, se ha sugerido que el tratamiento temprano luego del comienzo de una enfermedad psicótica determina una mayor probabilidad de evitar una recaída. Los autores afirman que éste es el primer ensayo clínico aleatorizado que ha comparado los tratamientos integrado y estándar en pacientes que presentaban su primer episodio de psicosis.

El tratamiento integrado consistió en una terapia comunitaria con un contenido específico que comprendía el compromiso familiar y el entrenamiento en habilidades sociales, y fue provisto por dos equipos multidisciplinarios. Un miembro del equipo asignado para cada participante era responsable de mantener el contacto y coordinar el tratamiento. Los pacientes eran visitados en sus hogares o en otro sitio de la comunidad, o asistían a la oficina del miembro del equipo. Por su parte, el tratamiento estándar se ofrecía en un centro comunitario de salud mental. Fuera de los horarios de consulta los pacientes debían asistir a los servicios de emergencias.

Participaron 547 sujetos con un primer episodio de esquizofrenia. Tanto al inicio como luego de 1 y 2 años se analizó la presencia de síntomas psicóticos y negativos, y a cada uno de ellos se le asignó un puntaje de 0 a 5.

Se observó que al año de seguimiento, los síntomas psicóticos cambiaron favorablemente a un promedio de 1.09 en el grupo de tratamiento integrado y de 1.35 en el de tratamiento estándar, con una diferencia promedio estimada de -0.31 a favor del primer grupo. Los síntomas negativos mejoraron, con una diferencia estimada entre los grupos de -0.36 también a favor del grupo con tratamiento integrado. Luego de 2 años de seguimiento, el promedio de diferencia estimado entre los grupos con respecto a los síntomas psicóticos fue de -0.32 y, en el caso de los síntomas negativos, de -0.45, mejor con tratamiento integrado. Los pacientes que recibieron esta última terapia mostraron una comorbilidad significativamente menor con respecto al abuso de sustancias, una mejor adhesión al tratamiento y una mayor satisfacción con respecto a éste.

Los autores concluyen que en el tratamiento de los pacientes con un primer episodio psicótico, la estrategia integrada reduce los síntomas psicóticos y negativos en

mayor medida que la terapia estándar. El enfoque integrado, además, mejora la adhesión a la terapia. Por último, sostienen que a pesar de que este tratamiento incluye sustanciales costos adicionales, éstos podrían compensarse por el uso reducido de otros servicios de salud.

Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat045/05o27020.htm

Efectos del déficit de cinc en el síndrome de fatiga crónica

Journal of Affective Disorders 90(2-3):141-147, Feb 2006

Amberes, Bélgica

Algunos estudios indican que la fisiopatología del síndrome de fatiga crónica (SFC) se relaciona con alteraciones en el sistema inmune y con activación del sistema de respuesta inflamatoria (SRI). Sin embargo, una reciente revisión no pudo identificar un patrón repetido de anormalidades inmunológicas en el SFC.

Se conoce como SFC a la fatiga debilitante con duración mínima de 6 meses que se acompaña de 4 de los siguientes síntomas: dolor de garganta, ganglios linfáticos cervicales y axilares blandos, dificultades en la concentración, dolor muscular o articular, sueño no reparador, trastornos del sueño, cefalea y malestar luego del ejercicio físico. El inicio del SFC se asocia con varios factores desencadenantes como infecciones virales o bacterianas, eventos vitales estresantes, alergias de tipo IV, exposición a toxinas (por ej., metales pesados) y el síndrome de permeabilidad intestinal.

Existe un alto grado de comorbilidad entre el SFC y la depresión mayor (DM). La fatiga es un síntoma clave de esta última enfermedad y el tratamiento con citoquinas –como el interferón alfa (IFN-alfa)– induce fatiga en casi todos los sujetos. El grado de cansancio a la semana de comenzar el tratamiento con IFN-alfa predice la gravedad de los síntomas cognitivos de la depresión. Además, la activación del SRI y el aumento de la producción de citoquinas proinflamatorias participan en la fisiopatología de la DM.

El descenso de las concentraciones del cinc sérico es una de las características bioquímicas de la fatiga, la depresión y la activación del SRI. Las primeras manifestaciones clínicas del descenso del cinc son: fatiga, depresión, trastornos cognitivos y disforia, síntomas también presentes en el SFC. Algunas investigaciones encontraron que la depresión se acompaña de un descenso en los niveles de cinc sérico y que esta sustancia puede ser usada en el tratamiento de la DM. Una baja concentración puede ser el resultado de un aumento de las citoquinas inflamatorias y, a su vez, puede afectar la inmunidad celular y humoral, contribuyendo así a los hallazgos inmunológicos del SFC y la DM.

Para evaluar el grado en el que el cinc sérico disminuido se relaciona con los síntomas o los trastornos inmunológicos e inflamatorios del SFC, los autores investigaron a 21 pacientes ambulatorios que padecían este síndrome y a 12 controles. Determinaron los niveles de cinc sérico y otros parámetros bioquímicos indicadores de inflamación: albúmina, la fracción alfa 2 de las proteínas y la expresión celular de linfocitos T.

Los niveles de cinc no variaron según el sexo ni la edad, pero fueron significativamente menores en los pacientes con SFC que en los controles, mostrando tendencia a una correlación inversa entre la gravedad de la enfermedad y los niveles de la sustancia en estudio. Asimismo, se observó una relación significativa entre el cinc, los marcadores y la activación de la inflamación. El SFC también se acompañó del aumento en la fracción proteica alfa 2, lo que indica la activación del SRI.

Entre el cinc y los síntomas del SFC sólo se detectó una relación inversa y significativa con la experiencia subjetiva de infección, que refleja la respuesta inflamatoria en el síndrome. Los autores postulan que la caída brusca del cinc sérico que acompaña a la inflamación posiblemente sea secundaria al secuestro intracelular hepático de la sustancia.

Asimismo, los menores niveles de cinc se acompañaron de una menor expresión y activación linfocitaria. Una posible explicación es que la activación crónica del sistema inmune en los pacientes con SFC llevaría a una disminución del cinc tanto a nivel de la expresión linfocitaria como del cinc sérico. Es probable, señalan los autores, que en el SFC existan numerosas relaciones recíprocas entre una menor concentración sérica de cinc y los trastornos de la función inmunitaria.

Para finalizar, los autores resaltan el novedoso hallazgo acerca de la asociación entre el SFC y un mayor estrés oxidativo. Según su duración e intensidad se producirán diferentes cambios inflamatorios. El tratamiento con cinc mostró tener efectos antidepresivos en personas con DM, por lo que sugieren que los pacientes con SFC sean tratados con suplementos de cinc para disminuir los defectos en la activación temprana de los linfocitos T.

Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat048/06405011.htm

Describen la interacción entre ansiedad y depresión en los conflictos

Journal of Affective Disorders 90(2-3):93-99, Feb 2006

Toronto, Canadá

Para comprenderlos mejor, los trastornos emocionales deben situarse dentro de un contexto social, donde las relaciones pueden ser fuente tanto de consuelo y seguridad como de amenaza.

La depresión se describe como un estado de afecto positivo disminuido que surge por un evento frente al cual la persona debe reorganizar sus objetivos para evitar sufrir mayores riesgos y lesiones. Por su parte, la ansiedad es un estado preliminar de afecto negativo elevado que aparece ante situaciones de amenaza y se disipa cuando éstas desaparecen.

Muchos pacientes exhiben una mezcla de ambas emociones; en ellos, a menudo, la ansiedad prolongada y no resuelta (como las crisis de angustia y la fobia social) suele preceder a la depresión. Más aun, se ha visto que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina usados en el tratamiento de la depresión también son útiles para los trastornos de ansiedad. Esto sugiere que los sistemas de afectos negativos y positivos tienen entre sí influencias complejas e importantes que pueden explicar la elevada comorbilidad de la ansiedad y la depresión.

El término "estrategia involuntaria de derrota" *(involuntary defeat strategy,* IDS) se refiere a la respuesta integral a la amenaza de un conflicto continuado. Estrategia porque existe una base genotípica del modo en que un individuo actúa ante una amenaza, pérdida o derrota inminentes; involuntaria, porque se suscita automáticamente y, a menudo, contra los deseos conscientes de la persona, y de derrota porque se dispara al reconocer un fracaso cierto o inminente. El objetivo clave de la IDS ("desmotivar" el interés de la competencia por determinados recursos) también incluye la huida de cualquier emprendimiento que pueda fallar, una respuesta que, en su esencia, es la base de la anhedonia.

En las sociedades animales, la IDS lleva a inhibir la combatividad y protege al menos apto de las posibles lesiones y pérdida de esfuerzos, mientras que disminuye la hostilidad del vencedor hacia el perdedor. Los humanos no sólo compiten por agresividad, sino también al buscar ser competentes, estimados, valorados y deseados por los otros. En este contexto, la IDS actúa cuando el individuo lucha por la

aceptación social, el apoyo y prestigio, pero no logra impresionar a los demás y termina sintiéndose rechazado. Esto conduce a una intensificación de la IDS, que se puede manifestar como depresión.

La vulnerabilidad del individuo a desarrollar una patología y la presencia de estrés vital generalizado desempeñan papeles importantes en las crisis de angustia y en las condiciones depresivas. Esta vulnerabilidad aumenta cuando el sujeto percibe como peligros inminentes y reales a las derrotas, pérdidas y la anulación de objetivos a nivel social. Cuando la persona está ansiosa, pero carece de una estrategia que ponga fin al conflicto y continúa siendo oprimida por su oponente, la ansiedad puede aumentar y manifestarse como un trastorno de ansiedad generalizada o sumisión crónica (ansiedad social). Cuando sus esfuerzos para someterse no son aceptados por el adversario puede producirse tanto ansiedad (angustia) como enojo. En cambio, cuando su incapacidad para escapar hace que se sienta atrapado, puede desencadenar una respuesta de huida (el sistema de la angustia) o un trastorno de angustia. Si en una confrontación el individuo se ve amenazado por el modo en que ese enfrentamiento podría afectar la relación, puede experimentar ansiedad de separación, la cual genera una necesidad de reconciliarse con su oponente.

El fin de un conflicto por medio de la reconciliación de ambas partes puede traer alivio al disminuir el nivel de los afectos negativos o por el aumento de los afectos positivos. Cuando no se produce la reconciliación, o cuando no se puede escapar del conflicto, los mecanismos mencionados pueden intensificarse o prolongarse en forma inadecuada.

La depresión, al inducir una autopercepción negativa, permite que el individuo se reconcilie con su nuevo, y disminuido, estado. Por su parte, la ansiedad lleva a la búsqueda de seguridad, lo que puede conducir a la reconciliación con el antiguo oponente. La ansiedad (afecto negativo elevado) y la depresión (afecto positivo disminuido) cumplen, entonces, papeles similares y complementarios en la resolución de los conflictos, ya que ambas buscan apaciguar, disminuyendo la avidez de represalias de ambos contrincantes.

Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat048/06406009.htm

Relación entre **ideación suicida** y la personalidad en adultos con **depresión**

Journal of Affective Disorders 90(2-3):175-180, Feb 2006

Ontario, Canadá

Los rasgos de personalidad, particularmente el neuroticismo y la apertura a la experiencia (AE), pueden afectar la percepción y la comunicación de los pensamientos y conductas suicidas.

La identificación oportuna y el tratamiento efectivo de la depresión son fundamentales en las iniciativas de prevención del suicidio. Sin embargo, es poco lo que se conoce acerca de los procesos psicológicos que llevan a que los pacientes con depresión comenten su ideación suicida (IS).

Diversas investigaciones mostraron que una AE elevada se asocia con mayores comunicaciones de IS, pero con un menor riesgo de suicidio en sí. Una posible explicación de esta aparente contradicción es que los adultos con depresión y bajos niveles de AE casi no comunican la IS, con lo que disminuye la probabilidad de detectar e impedir el suicidio.

Para investigar la influencia que tienen el neuroticismo y la AE en la comunicación de IS por parte de los pacientes, los autores evaluaron una muestra de 134 sujetos mayores de 50 años que padecían depresión. Todos ellos completaron una entrevista diagnóstica estructurada en la que el entrevistador analizó la magnitud de la IS, mientras que cada paciente respondía por sí mismo el *Revised NEO Personality Inventory,* instrumento que tiene en cuenta la personalidad, el neuroticismo, la extroversión, la AE, la afabilidad y la escrupulosidad. Se utilizaron escalas específicas para estudiar la desesperanza, la IS y los aspectos relacionados con ésta. También se indagó acerca de la carga que representa la enfermedad física con la *Cumulative Illnes Rating Scale,* que analiza la presencia y la gravedad de la patología en 6 sistemas orgánicos.

Los resultados mostraron que el neuroticismo elevado aumenta la probabilidad de comunicar la ideación suicida, como también puede incrementar el riesgo de conductas y actos suicidas efectivos. En cambio, una AE elevada puede aumentar por sí misma la probabilidad de que el paciente informe su IS pero, según estudios anteriores, el elevado nivel de apertura puede disminuir el riesgo de morir por suicidio.

Bajo ciertas circunstancias, la expresión de la IS influenciada por la personalidad puede disminuir el riesgo de muerte por suicidio, posiblemente por el aumento de atención, apoyo y asistencia de la red social del individuo, facilitando la adhesión al tratamiento y aumentando la vigilancia clínica. Una baja AE puede acallar la comunicación de la IS y, por lo tanto, aumentar el riesgo de suicidio y otros desenlaces adversos por la menor vigilancia clínica. Además, al no comunicar a los demás las IS, puede disminuir la atención, el apoyo y la asistencia de quienes rodean al enfermo, empeorando así sus pensamientos y el distrés relacionado, lo que aumenta el riesgo de las conductas suicidas.

Los factores de riesgo, los indicadores de IS, los intentos suicidas y los suicidios consumados no son idénticos: la mayoría de las personas que mueren por suicidio no tuvieron conductas suicidas con anterioridad. Asimismo, pueden existir diferentes perfiles de riesgo entre los pacientes que expresan sus pensamientos suicidas y los llevan a la práctica y quienes actúan sin haberlo comentado previamente. Los autores señalan que también se deben tener en cuenta los aspectos sociales, culturales y del entorno de la persona.

Según una investigación, sólo el 40% de los adultos que se suicidaron había comentado sus pensamientos al respecto con su médico clínico, mientras que el 8% negó tener este tipo de ideas cuando se le preguntó directamente.

Los autores advierten que los médicos clínicos deben estar alertas al posible riesgo suicida oculto de los adultos deprimidos que niegan la IS. Sugieren recurrir a fuentes colaterales de información especialmente cuando la negación es persistente; además, existen otros factores de riesgo relacionados con el suicidio, incluida una baja AE.

Los hallazgos del presente estudio sugieren que los médicos y allegados de los pacientes deben estar atentos a la posible IS oculta en los adultos deprimidos que, estoicamente, no informan su distrés psicológico. Asimismo, las iniciativas de prevención del suicidio deberían usar medidas sensibles a los estilos de comunicación de los adultos deprimidos, y alcanzar a quienes pueden tener un alto riesgo de suicido a pesar de no comunicar su ideación.

Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat048/06406010.htm

Aspectos de la prevención de trastornos mentales y del comportamiento

World Psychiatry 5(1):5-14, Feb 2006

Ginebra, Suiza

El potencial y las posibilidades de prevención de los trastornos mentales y del comportamiento han aumentado en forma sustancial en los últimos años. Las intervenciones universales, selectivas e indicadas se incluyen dentro de la prevención primaria. Las primeras están dirigidas al público en general o todo un grupo poblacional que no ha sido identificado como de riesgo elevado. Las selectivas se dirigen a individuos o subgrupos cuyo riesgo de presentar un trastorno mental es significativamente superior al promedio, por factores biológicos, psicosociales o sociales. Por último, la prevención indicada está dirigida a personas con un alto riesgo, en quienes se han detectado signos o síntomas que anuncian un trastorno mental, o marcadores biológicos indicativos de una predisposición, pero que todavía no reúnen los criterios diagnósticos. La prevención secundaria busca reducir la tasa de casos establecidos de una enfermedad en la población (prevalencia) a través de la detección temprana y el tratamiento de los casos diagnosticados, mientras que la prevención terciaria incluye las intervenciones que reducen la discapacidad, refuerzan la rehabilitación y previenen las recaídas y recurrencias de la enfermedad.

La distinción entre promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales radica en los objetivos. La primera busca promover una salud mental positiva a través del aumento del bienestar psicológico, la competencia y la resiliencia, y la creación de condiciones de vida y ambientales de apoyo. La prevención de los trastornos mentales busca reducir los síntomas y las patologías mentales, y emplea estrategias de promoción de la salud mental como uno de los medios para alcanzar sus objetivos. La promoción de la salud mental puede también reducir, como resultado secundario, la incidencia de trastornos mentales.

La prevención de los trastornos mentales representa una prioridad de la salud pública. Sobre la base de la elevada y creciente carga de trastornos mentales y del comportamiento y las reconocidas limitaciones en su tratamiento, los autores del presente artículo afirman que el único método sostenible para la reducción de dicha carga es la prevención. Las ciencias biológicas y sociales han provisto información sustancial acerca del papel de los factores de riesgo y de protección en la aparición de los trastornos mentales y una salud mental subóptima. Muchos de estos factores son potenciales objetivos de medidas de promoción y prevención. Al respecto, se ha observado que las estrategias preventivas reducen los factores de riesgo, refuerzan los factores de protección, disminuyen los síntomas psiquiátricos y retardan el comienzo de algunas patologías mentales.

Los profesionales de la salud mental desempeñan varios papeles en el campo de la prevención. Sin embargo, sólo pueden esperarse resultados a nivel de la población cuando se invierten suficientes recursos humanos y financieros. Estos últimos deben dirigirse a la implementación de programas y políticas de prevención basados en evidencias científicas, y a la creación de la infraestructura adecuada. Gran parte de estas inversiones, sostienen los autores, deberá provenir de los gobiernos, ya que éstos tienen la responsabilidad final de la salud de la población. En la actualidad, se observa en el mundo una distribución desigual de los recursos dirigidos a la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental. Al respecto, se requieren iniciativas internacionales que busquen reducir la brecha y apoyen a los países de bajos ingresos en el desarrollo de conocimientos, experiencia, políticas e intervenciones de prevención, adecuados a sus necesidades, su cultura, sus condiciones y sus oportunidades.

La prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental deben forman parte integral de la salud pública y las políticas sanitarias locales y nacionales. Así, el efecto y la acción conjuntos de diferentes áreas públicas producirán situaciones beneficiosas para todos los sectores de la sociedad, tanto en la salud como en los aspectos sociales y económicos.

Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat048/06428010.htm

Volumen y función del hipocampo en el trastorno por estrés postraumático

Psychiatry Research-Neuroimaging 146(1):59-64, Ene 2006

Little Rock, EE.UU.

Las investigaciones sobre el trastorno por estrés postraumático (TEP) realizadas en la última década han involucrado a varias regiones cerebrales, incluidas porciones del lóbulo frontal, la amígdala y el hipocampo.

En varios estudios en animales se demostró la asociación entre el estrés y la atrofia del hipocampo, por lo cual esta región ha acaparado gran parte de la atención en los estudios por imágenes.

Hasta la fecha, la mayoría de los estudios con resonancia magnética nuclear (RMN) en sujetos con TEP han demostrado que éstos presentan menor volumen del hipocampo que los controles. Además, los estudios de espectroscopia por resonancia magnética de protón (ERM 1H) han revelado alteraciones de la bioquímica del hipocampo en personas con TEP: niveles inferiores de N-acetilaspartato (NAA), un neurotransmisor excitatorio asociado con integridad neuronal.

El menor volumen del hipocampo o su alteración bioquímica podrían preceder al evento traumático y predisponer a los individuos al TEP, o bien ser secundarios a un evento traumático en respuesta a cambios neurobiológicos asociados con un estrés extremo.

Dada la gran prevalencia de TEP en la población, también podría ser de utilidad investigar las posibles consecuencias neurobiológicas y cognitivas asociadas con el TEP crónico. Los estudios de neuroimágenes que mostraron asociación entre el TEP y las alteraciones estructurales y bioquímicas del hipocampo fueron realizados en sujetos que habían padecido el trastorno durante décadas. Por el contrario, los estudios en niños o en víctimas recientes de traumas no suelen revelar modificaciones del hipocampo. Esto sugiere que las alteraciones de esta estructura no son premórbidas y que los procesos que conducen a estos resultados pueden seguir actuando a lo largo de la vida del individuo.

Los ex prisioneros de guerra (PG) han sido con frecuencia foco de las investigaciones sobre trauma grave temprano en adultos y su relación con la psicopatología y el funcionamiento cognitivo, aunque pocos estudios de neuroimágenes han evaluado a esta población. Los PG han mostrado tener una elevada prevalencia de TEP: entre 30% y 70% de los PG cumplen los criterios para el trastorno. Además, en esta población se ha demostrado una relación directa entre la pérdida de peso durante el cautiverio y los síntomas actuales de TEP.

Los autores realizaron un estudio donde examinaron las mediciones de la bioquímica del hipocampo mediante ERM 1H, el volumen, y características neuropsicológicas en 3 grupos de personas: ex PG con TEP, ex PG sin TEP y controles ajustados de acuerdo con la edad y el nivel educativo. El objetivo fue determinar si la presencia de TEP crónico se asocia con reducción de la relación NAA/creatina y con menor volumen

del hipocampo en sujetos expuestos a similares experiencias traumáticas graves.

Los participantes fueron 26 veteranos de guerra: 20 ex PG y 6 controles. Los sujetos habían estado cautivos durante la segunda guerra mundial o la guerra de Corea. Todos eran de raza blanca, no tenían antecedentes de lesión cerebral traumática con pérdida de la conciencia, de trastorno neurológico ni de abuso de alcohol. Tenían puntajes del *Mini Mental Status Examination* (MMSE) > 26. Del total, 4 presentaban antecedentes de tratamiento psiquiátrico previo y eran PG con TEP.

La presencia de TEP fue determinada mediante la *Clinician Administered PTSD Scale* (CAPS-2). En el grupo de ex PG con TEP, 40% presentaban criterios para depresión mayor (DM) y 30%, para trastorno de pánico. En el grupo de ex PG sin TEP, 30% cumplían criterios para DM y en el grupo control, 33%, para abuso de alcohol, pero no actual.

Los 3 grupos no difirieron en las relaciones NAA/creatina o colina/creatina, ni en el volumen del hipocampo, volumen cerebral total o relación hipocampo/cerebro total. Las pruebas neuropsicológicas no mostraron diferencias significativas entre los grupos.

Los autores señalan que los ex PG con TEP que participaron de este estudio eran saludables y no presentaban psicopatología grave; aparentemente constituían una población con una notable capacidad de recuperación de experiencias traumáticas sufridas en la juventud. Este estudio no mostró menor concentración de NAA en el hipocampo, ni menor volumen o mayor deterioro de la memoria en veteranos con TEP.

Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat048/06420007.htm

Consecuencias de las **guerras** sobre la **salud mental**

World Psychiatry 5(1):25-30, Feb 2006

El Cairo, Egipto

Entre las consecuencias de la guerra, una de las más significativas es el impacto que tiene sobre la salud mental de la población civil. En algunos países es frecuente recurrir a estrategias culturales y religiosas para sobrellevar el trauma.

La guerra produce un efecto catastrófico en la salud y el bienestar de las naciones. Diversos estudios han demostrado que las situaciones de conflicto causan más mortalidad y discapacidad que cualquier enfermedad importante. Las guerras destruyen comunidades y familias y, usualmente, interrumpen el desarrollo social y económico de las naciones. Sus efectos incluyen las lesiones físicas y psicológicas a largo plazo en niños y adultos, así como la reducción del capital material y humano. La muerte como resultado de las guerras es, según los autores del presente trabajo, sólo "la punta del iceberg". Las demás consecuencias no se hallan bien documentadas e incluyen la pobreza, la desnutrición, la discapacidad, la declinación económica y social y la enfermedad psicosocial, entre otras. La OMS estima que en situaciones de conflicto armado el 10% de la población que experimenta eventos traumáticos presentará graves problemas mentales y otro 10% mostrará un comportamiento que dificultará su capacidad de desempeñarse en forma efectiva. Los cuadros más comunes son la depresión, la ansiedad y los problemas psicosomáticos.

A partir de la gran cantidad de estudios realizados al respecto pueden señalarse varios factores de riesgo y asociaciones. Las mujeres presentan una mayor vulnerabilidad a las consecuencias psicológicas de la guerra. Hay pruebas de una elevada correlación entre la angustia de las madres y de los niños en las situaciones bélicas. Actualmente se sabe que la depresión materna en los períodos prenatal y posnatal determina un menor crecimiento infantil. Por su parte, el apoyo social y la asistencia tradicional al nacimiento desempeñan un importante papel en la promoción del bienestar psicosocial materno en las regiones afectadas por una guerra. A pesar de su vulnerabilidad, se reconoce la resiliencia de las mujeres bajo el estrés y su papel en la contención de sus familias. Se sabe de las elevadas tasas de trastornos psicológicos relacionados con el trauma que se presentan en los niños. Entre los diferentes grupos etarios los más vulnerables son los adolescentes. Por otra parte, numerosos trabajos han demostrado una correlación directa entre el grado del trauma y la cantidad de problemas psicológicos. De tal modo que cuanto mayor es la exposición al trauma (tanto físico como psicológico), más pronunciados resultan los síntomas. La investigación también ha demostrado el valor del apoyo físico y psicológico en la minimización de los efectos de los traumas relacionados con las guerras, así como el papel que desempeñan las prácticas culturales y religiosas como formas de sobrellevar estas situaciones de conflicto.

Se ha documentado ampliamente la prevalencia de una gran variedad de síntomas y síndromes psicológicos en las situaciones de conflicto bélico. Sin embargo, la investigación también ha demostrado la resiliencia de más de la mitad de la población frente a los peores traumas relacionados con la guerra. Al respecto, no existen dudas de que las poblaciones en guerra y situaciones de conflicto deben recibir cuidados en salud mental como parte de los procesos de ayuda, rehabilitación y reconstrucción. Aún resta por investigar si los efectos psicológicos son universales, si pueden ser medidos y cuál será su evolución en el largo plazo.

Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat048/06426007.htm

Influencia del **genotipo 5-HTTLPR** en la **depresión**

British Journal of Psychiatry 188:210-215, Mar 2006

Sydney, Australia

Algunos individuos parecen tener una predisposición genética para la aparición de depresión mayor cuando enfrentan una serie de eventos vitales adversos.

La neurotransmisión serotoninérgica (5-HT) está involucrada en numerosas funciones fisiológicas y en la expresión de la ansiedad y la depresión. Un polimorfismo funcional del gen que regula al transportador de serotonina (5-HTTLPR) fue asociado con la depresión y con algunos factores de riesgo relacionados con este trastorno, como el neuroticismo. Se cree que el alelo "s" aumenta el riesgo de aparición de depresión mayor (DM) ante la experiencia de eventos vitales adversos.

Alrededor del 50% de la variación del neuroticismo fue atribuida a causas genéticas. Tal es el factor de riesgo más

fuerte para la aparición y la recaída de la depresión mayor. También interactúa con diversos factores ambientales en la etiología de la enfermedad: a mayor neuroticismo, mayor sensibilidad a los efectos depresivos de los acontecimientos vitales adversos.

Los autores estudiaron una cohorte de 165 adultos jóvenes (109 mujeres) que fueron incluidos en 1978 en una investigación sobre ansiedad y depresión, cuando su edad promedio era de 23.4 años. Sus características socioeconómicas, educativas y raciales eran similares. La cohorte fue evaluada periódicamente cada 5 años.

En cada visita de seguimiento se realizaron entrevistas y se completaron cuestionarios para registrar datos acerca de los eventos vitales y laborales tanto positivos como adversos, la presencia de abuso de sustancias, el estado clínico, la aparición de trastornos de depresión y ansiedad, y las formas de adaptación al estrés, la depresión y la adversidad. También se registró la presencia de neuroticismo, de "depresiones normales" (síntomas coherentes con depresión mayor o distimia, pero de corta duración), los rasgos depresivos y los vínculos afectivas con los padres.

Se analizó el genotipo relacionado con el transportador de serotonina (5-HTT) de 127 individuos (85 mujeres), cuya edad promedio en 2003 era de 47.7 años. Los participantes fueron divididos en 3 grupos de acuerdo con el genotipo del 5-HTTLPR (s/s, s/l o l/l),

En líneas generales, el factor de predicción más importante de depresión mayor fue la experiencia de eventos vitales adversos. Los análisis estadísticos no encontraron que el 5-HTTLPR tuviese un efecto independiente sobre la aparición de depresión mayor, aunque la interacción entre el genotipo s/s y los acontecimientos adversos predijo significativamente la aparición de depresión mayor con 5 años de antelación. Si bien los individuos con el genotipo s/s tienen más probabilidad de experimentar depresión a medida que aumenta la cantidad de eventos vitales adversos, quienes portan el genotipo l/l muestran la tendencia opuesta. Debido a que estos últimos no parecen informar menos efectos adversos, los autores sugieren que puede que reaccionen menos al medio ambiente o que tal vez utilicen estilos de adaptación que modifican los niveles de estrés.

No se hallaron diferencias significativas en el neuroticismo, los rasgos depresivos, las relaciones con los padres y los acontecimientos vitales adversos o positivos según los diferentes genotipos. Los eventos vitales positivos pueden aumentar la respuesta emocional, pero los autores no encontraron que ejercieran un efecto generador de depresión sino que observaron una tendencia en la dirección opuesta, por lo que sugieren que podrían tener un efecto protector.

De acuerdo con informes previos, los autores afirman que las personas con el genotipo s/s son más sensibles temperamentalmente, por lo que pueden informar más eventos vitales significativos, mayor neuroticismo, rasgos depresivos más marcados y un nivel más elevado de sobreprotección por parte de los padres.

Es posible que factores cercanos (eventos vitales adversos) y lejanos (acontecimientos vividos durante la infancia) estén involucrados en la interacción, entre genes y medio ambiente, culpable del desarrollo de la depresión. Los autores afirman que, al tener en cuenta todos estos factores, se podrá estudiar mejor la predisposición de cada individuo y se podrán aplicar intervenciones preventivas psicológicas y farmacológicas personalizadas según el riesgo de cada paciente.

Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat048/06508005.htm

Consideraciones psicológicas en los pacientes obesos

Plastic and Reconstructive Surgery 117(1 Supl.):17-21, Ene 2006

Dallas, EE.UU.

Las consecuencias psicológicas de la obesidad son tanto o más graves que sus complicaciones médicas. Un estudio realizado en 1995 evaluó la relación entre el índice de masa corporal (IMC) y varios síntomas psicológicos, y se observó una correlación entre el primero y la insatisfacción y la distorsión corporal y la timidez. A pesar de que en este estudio en particular no se vio una asociación fuerte entre la depresión y la obesidad, trabajos posteriores han mostrado que esta relación puede ser dependiente del sexo, con una asociación positiva entre el IMC y la depresión entre las mujeres jóvenes. En muchos casos, la psicopatología observada en individuos obesos resulta una consecuencia del prejuicio y la discrimina-ción a los cuales están sujetos. Esta actitud hacia las personas obesas no se limita a los extraños, sino que puede incluir a amigos y familiares. Además, comienza en forma temprana, como lo ha demostrado un trabajo realizado en niños obesos en el cual éstos eran descritos por sus pares en términos despectivos. Esta discriminación presenta efectos psicosociales significativos.

Muchos cirujanos bariátricos requieren que se realice una evaluación psicológica prequirúrgica en los pacientes que van a ser sometidos a una intervención de este tipo. Una ventaja importante es que así los pacientes comprenden mejor los componentes emocionales y psicológicos de su conducta alimentaria. Por otra parte, la instrucción produce un significativo impacto en la reducción de la ansiedad preoperatoria. Hay un espectro de aspectos psicológicos que deben ser tratados en forma prequirúrgica. La depresión es el trastorno psiquiátrico más común y muchos de los pacientes afectados presentan el riesgo de profundizar su cuadro depresivo luego de la operación, debido a los menores niveles de serotonina cerebral consecuencia de una menor ingesta, mayores niveles de dolor y el temor a las complicaciones. En los pacientes en quienes se considera que existe un riesgo importante debe comenzarse la terapia farmacológica antes de la cirugía. Los trabajos que han estudiado la pérdida de peso posterior a la cirugía demuestran que la autoestima y las emociones positivas aumentan, mientras que el menosprecio por la imagen corporal se reduce. Se ha demostrado una reducción de los niveles de ansiedad y de depresión. Los beneficios psicosociales de la cirugía para perder peso podrían ser mayores en los adolescentes. Luego de la pérdida de peso, parece existir un alto nivel de satisfacción con énfasis en la propia imagen y la interacción social. Por su parte, numerosos estudios han demostrado que los pacientes que pierden peso muestran mejorías en la mayoría de los aspectos asociados con la calidad de vida relacionada con la salud (función física en general, movilidad, capacidad laboral, salud mental, seguridad en sí mismos, interacción social y satisfacción general hacia la vida). Sin embargo, no todas las experiencias con la pérdida masiva de peso resultan positivas. Muchos pacientes con una obesidad de larga duración presentan una crisis de identidad. Estos pacientes pueden requerir terapia para adaptarse a las nuevas demandas, como la mayor atención proveniente del sexo opuesto o el surgimiento de celos por parte del cónyuge o amigos obesos.

En años recientes se han llevado a cabo más de 100 000 procedimientos de remodelación corporal en pacientes con pérdida masiva de peso. Un trabajo ha demostrado que se produce una mejoría de la imagen corporal y un aumento de la aceptación social luego de estos procedimientos. Durante el tiempo invertido en la consulta inicial de estos pacientes, resulta de gran importancia evaluar las expectativas y motivaciones por las cuales solicitan la cirugía. La mayoría tolera la presencia de cicatrices de importancia a cambio de una mejor silueta, pero este aspecto debe ser discutido en forma exhaustiva.

Las consecuencias psicológicas de la obesidad mórbida son significativas, y en muchos casos se relacionan con los efectos del

prejuicio y la discriminación a los que se ven sometidos los individuos obesos durante toda su vida. La evaluación psicológica previa a la cirugía bariátrica es de gran importancia, y algunos pacientes se benefician a partir de la terapia. Por su parte, a pesar de que muchos sujetos muestran una mejoría significativa en su salud psicológica, existe la posibilidad de que surjan dificultades de adaptación, las cuales requieren un apoyo psicológico continuo.

Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat048/06330016.htm

Estrés laboral, síntomas depresivos, modulación lipídica y antioxidantes

Journal of Affective Disorders 91(1):63-70, Mar 2006

Hamamatsu, Japón

El estrés psicológico podría reducir los niveles plasmáticos de colesterol asociado a lipoproteínas de baja y muy baja densidad (LDLc y VLDLc), y de alfa-tocoferol.

El estrés oxidativo aumentado o las defensas antioxidantes defectuosas podrían relacionarse con la depresión. Al respecto, existen algunos indicios de que en los casos de depresión mayor podría existir una susceptibilidad aumentada al estrés oxidativo o a una actividad antioxidante afectada. Sin embargo, aún no resulta claro si estos dos últimos factores comprenden un riesgo de trastorno depresivo, o si la depresión provoca los cambios oxidativos. A pesar de que la depresión clínica, los síntomas depresivos y el estrés psicológico son conceptos que deben ser distinguidos, se encuentran muy relacionados entre sí. El estrés subjetivo es un importante factor precipitante de la depresión. Al respecto, se ha observado una significativa correlación entre el comienzo de la depresión mayor y la presencia de eventos importantes (de alteración de las circunstancias de vida) en los 3 meses anteriores. Los autores de este trabajo estudiaron una población de enfermeras sanas bajo un nivel de estrés laboral alto o bajo, con el objeto de investigar las asociaciones entre el estrés psicológico, los síntomas depresivos, el estrés oxidativo y la actividad antioxidante. El propósito del trabajo fue examinar si la actividad sérica oxidativa difería entre las participantes con diferente nivel de estrés laboral, y si existía alguna relación significativa entre la actividad antioxidante y los síntomas depresivos.

Fueron incluidas en el trabajo 33 enfermeras pertenecientes a un hospital universitario de Japón. A través de un cuestionario referido al estrés, las participantes fueron clasificadas como expuestas a un nivel de estrés laboral alto (n = 18) o bajo (n = 15). Además, las participantes respondieron un cuestionario que evaluaba la presencia de síntomas depresivos y fueron sometidas al estudio de sus niveles séricos de colesterol, peroxidación lipídica (dialdehído malónico) y antioxidantes.

Se observó que las participantes con niveles elevados de estrés laboral mostraron puntajes significativamente mayores en el cuestionario sobre síntomas depresivos que aquellas con niveles más bajos, a la vez que presentaron concentraciones significativamente inferiores de colesterol total, LDLc y VLDLc, alfa-tocoferol y beta-caroteno. Sin embargo, las reducciones de los parámetros séricos fueron sustancialmente menores luego de controlar en el análisis por los factores del estilo de vida, con la excepción del LDLc y VLDLc, y el alfa-tocoferol. Por su parte, la importancia de las concentraciones de este último pareció depender de los niveles de colesterol. En las participantes con niveles bajos de estrés laboral, los puntajes en el cuestionario sobre síntomas depresivos se correlacionaron positivamente con los niveles plasmáticos de dialdehído malónico, y con los cocientes de éste con el colesterol total y con la suma de LDLc y VLDLc. Por el contrario, en el grupo con niveles elevados de estrés laboral, estas correlaciones no fueron observadas. Luego de ajustar el análisis por los factores del estilo de vida, la relación entre los puntajes del cuestionario sobre síntomas depresivos y el cociente entre el aldehído malónico y la suma de LDLc y VLDLc permaneció significativa.

Los resultados del presente estudio demuestran que existen diferencias en los lípidos plasmáticos y la actividad antioxidante entre los individuos sometidos a altos niveles de estrés laboral y aquellos en quienes este último es bajo. Por su parte, los hallazgos también demuestran la existencia de una asociación entre los síntomas depresivos y los índices séricos relacionados con la peroxidación lipídica.

Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat048/06425007.htm

Características de la evolución de la depresión en la infancia y la adolescencia

British Journal of Psychiatry 188:216-222, Mar 2006

Cambridge, Reino Unido

Una proporción significativa de jóvenes con depresión perpetúan su trastorno afectivo en la vida adulta; la evolución puede variar según los sexos: los varones muestran un mayor riesgo de persistencia, mientras que las mujeres parecen tener más recurrencias. Las tasas de recurrencia oscilan entre 60% y 70%, aunque se desconocen los factores que más influyen en la evolución de la enfermedad.

Los autores realizaron un estudio longitudinal en 113 sujetos con edades que oscilaban entre los 8 y 17 años; 58 eran pacientes derivados a una clínica a causa de trastornos psiquiátricos (grupo 1). Los controles fueron 30 jóvenes sin trastornos mentales que acudieron a la consulta clínica (grupo 2) y había 25 participantes provenientes de la comunidad que presentaban depresión mayor, depresión menor o distimia, quienes constituyeron el grupo 3. Las entrevistas se realizaron al ingresar en el estudio, transcurridas 36 semanas y poco tiempo después del cumpleaños número 22 de cada paciente.

En comparación con el grupo 3, los participantes que provenían de la consulta clínica presentaron trastornos más graves, tuvieron tasas más elevadas de intentos de suicido, autolesiones y síntomas psicóticos. Asimismo, la aparición de la depresión en estos últimos individuos ocurrió a edades más tempranas, necesitaron mayor medicación y mostraron más antecedentes de enfermedades

psiquiátricas en sus familiares de primer grado. La edad y la pubertad no influyeron en la evolución de los cuadros depresivos.

En los seguimientos, el 80% de los controles permaneció libre de enfermedad mental, en tanto que esto sucedió en el 28% y en el 40% de los pacientes provenientes de los grupos 1 y 3, respectivamente. En estos últimos, el 35% y el 48% padecieron depresión recurrente, mientras que esta patología persistió desde el primer episodio en el 22% y el 8%, respectivamente. Por su parte, el 14% del grupo control experimentó un primer episodio depresivo.

De los 33 pacientes (10 varones) provenientes del grupo clínico que posteriormente padecieron trastornos afectivos, el 70% de los hombres y el 26% de las mujeres experimentaron depresión persistente, mientras que los episodios recurrentes ocurrieron en el 74% de las mujeres y en el 30% de los varones.

Si bien no se registraron suicidios durante el seguimiento, se observó una tendencia a una mayor frecuencia de ideación e intentos suicidas en el grupo 1 (33%) en comparación con el grupo 3 (12%); sólo una persona del grupo 2 manifestó ideación –sin intento– suicida.

El episodio depresivo inicial remitió por completo en el 78% del grupo 1 y en el 92% del grupo 3, con un tiempo promedio de remisión de 2 años y 3 meses, respectivamente. El 44% (n = 20) de los individuos del primer grupo experimentaron al menos un episodio de recurrencia de depresión después de la remisión en un promedio de 9.25 años y con una duración aproximada de 45 semanas. Doce pacientes del grupo 3 presentaron una recurrencia de depresión en un promedio de 3.4 años, con una duración aproximada de 44 semanas.

La duración promedio de la depresión fue de 9.6 años; de los 15 sujetos en quienes no hubo remisión, 3 padecían depresión pura, 7 presentaron ansiedad y depresión en forma conjunta y 5 manifestaron comorbilidades múltiples. La mayoría tenía un perfil diagnóstico complejo, con la depresión persistente como aspecto esencial del cuadro mórbido. Hubo una frecuencia significativamente superior de intentos de suicidio e ideación suicida entre quienes presentaban depresión persistente (87%) que entre aquellos que tenían episodios recurrentes (19%). El 80% de los casos con depresión persistente se acompañó de al menos un trastorno comórbido.

La persistencia de los trastornos afectivos ocurrió en más de la mitad de quienes padecieron depresión en la infancia o adolescencia. Las mujeres fueron más propensas a la recurrencia y los varones a la persistencia de la depresión. Los hallazgos de esta investigación sugieren que estos pacientes pueden beneficiarse con intervenciones diagnósticas y terapéuticas más tempranas, duraderas e intensivas que las habituales.

Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat048/06505002.htm

Las bases genéticas de la automutilación en la depresión

Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 40(3):225-229, Mar 2006

Christchurch, Nueva Zelanda

El interés en la automutilación como un comportamiento diferente del intento de suicidio ha crecido en los últimos tiempos. La mayoría de los pacientes refirieron dicha conducta como una manera de aliviar la tensión y no de acabar con su vida. A menudo se la relacionó con el trastorno límite de la personalidad y, de hecho, se incluye entre sus criterios diagnósticos.

La automutilación es más común durante la adolescencia y la adultez temprana, y se observa una frecuencia similar en hombres y en mujeres. La prevalencia en la población general es del 4% y del 21% en muestras de pacientes, aunque se hallaron valores de hasta el 21.4% entre estudiantes de nivel secundario. También se halla asociada con el antecedente de abuso y abandono en la infancia, así como con la disociación, el rechazo, la culpa, el aburrimiento y las dificultades emocionales. La automutilación es una característica del síndrome de Lesch-Nyhan, alteración metabólica recesiva ligada al cromosoma X. También se describió en modelos animales y se sugirió su posible etiología genética.

La respuesta a los antidepresivos difiere entre niños y adultos. En los niños y adolescentes, los antidepresivos tricíclicos no son efectivos, pero sí lo es la fluoxetina. Los autores informaron que, en los adultos jóvenes con depresión, la fluoxetina es superior a la nortriptilina y que la clomipramina es más efectiva que la desipramina. En este grupo etario, la superioridad de la fluoxetina con respecto a la nortriptilina se relacionaría con el alelo T de la proteína G beta 3 (TGB3).

Los autores prestaron interés a la relación entre dicho alelo y otros aspectos de la depresión vinculados con la edad, y por ello evaluaron su asociación con la automutilación. Propusieron que, de existir una relación, ésta sería más fuerte entre los pacientes depresivos más jóvenes. Finalmente, evaluaron si dicha asociación permanecería significativa al tener en cuenta dos variables tradicionalmente relacionadas con la automutilación: el trastorno límite de la personalidad y el antecedente de abuso durante la infancia.

Los participantes fueron reclutados de un estudio prospectivo de 5 años de duración. Debían padecer un episodio depresivo mayor como diagnóstico principal y ser pasibles de tratamiento con nortriptilina o fluoxetina. Se excluyeron los individuos con antecedentes graves de uso indebido de sustancias, esquizofrenia, manía o trastorno antisocial de la personalidad. Para participar en el estudio se requirió un período de reposo farmacológico con respecto a los psicotrópicos, excepto por el uso ocasional de hipnóticos, de dos semanas como mínimo.

Todos los pacientes fueron evaluados y tratados por psiquiatras. Se aplicó la *Structured Clinical Interview for DSM* (SCID), la *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) y el *Mental State Examination for Melancholia*. Además, se indagó sobre los antecedentes de intento de suicidio y automutilación. En la evaluación inicial, los pacientes completaron el *Screening Self Report Questionnaire* (SCID-PQ) para los síntomas correspondientes a los trastornos de la personalidad y, luego de seis semanas, el psiquiatra a cargo evaluó el trastorno con el SCID-II. La negligencia paterna padecida durante la infancia se determinó mediante la escala del *Parental Bonding Instrument* (PBI). El antecedente de abuso infantil se valoró en una entrevista independiente. Solamente se tuvo en cuenta el abuso que incluyó contacto físico. La genotipificación se efectuó a partir de muestras de sangre periférica mediante una metodología novedosa.

De los 195 pacientes incluidos, el 24% refirió antecedentes de automutilación. De ellos, el 14% tenía también antecedentes de intento de suicidio. El 21% de los pacientes sólo refirió antecedentes de intento de suicidio. Entre los hombres, el 18% presentó antecedentes de automutilación, en tanto que en las mujeres dicho porcentaje resultó del 28%.

Entre los pacientes depresivos de 18 a 24 años la incidencia de automutilación fue del 42%. El 20% de los individuos de 25 años o mayores en los cuales el episodio depresivo había comenzado antes de esa edad refirió antecedentes de automutilación. En cambio, para aquellos en los cuales el cuadro depresivo comenzó posteriormente, la incidencia fue del 6%.

En los 46 pacientes con antecedentes de automutilación, el método más utilizado fue el corte en las muñecas, seguido por los golpes en la cabeza, golpes en general, las mordeduras, los rasguños y las heridas con objetos afilados. Las automutilaciones en general fueron a repetición. Solamente 4 de estos 46 pacientes no tenían depresión. Además, 4

individuos habían protagonizado episodios de automutilación durante la semana anterior y 15 en el mes previo a la presentación. En 20 pacientes, el último episodio de automutilación había tenido lugar hacía más de un año.

En lo que se refiere a los trastornos de la personalidad, sólo se obtuvieron los datos pertenecientes a 183 pacientes. La información sobre la genotipificación estuvo disponible para 157 individuos. De acuerdo con los resultados, el 50% de los pacientes poseían el genotipo CC; el 43%, TC, y el 7%, TT. Se observó que la presencia del alelo TGB3, el antecedente de abuso sexual o físico durante la infancia, el diagnóstico de un trastorno de la personalidad y, particularmente, la personalidad límite se asociaron significativamente con aumento del riesgo. Además, el trastorno límite de la personalidad, el abuso sexual durante la infancia y la presencia del alelo TGB3 fueron factores predictivos independientes de automutilación.

Para todos los factores de riesgo, el *odds ratio* fue mayor entre los pacientes más jóvenes. La probabilidad de automutilación resultaría muy baja en ausencia de antecedentes de abuso sexual infantil y del alelo TGB3, pero muy elevada si ambos factores de riesgo estuvieran presentes. La existencia de un solo factor de riesgo acarrea riesgo intermedio. No se hallaron interacciones significativas con otros factores de riesgo para la automutilación.

En este estudio, el 24% de los individuos con depresión refirió antecedentes de automutilación, generalmente mediante cortes. Entre los pacientes más jóvenes, el índice es aun mayor y, en cambio, los pacientes de más edad cuyo cuadro depresivo se inicia luego de los 25 años presentan índices menores. En la mayoría de los casos, la automutilación fue efectuada durante un cuadro depresivo y en oportunidades repetidas.

Se halló, como era esperable, una asociación entre la automutilación y el antecedente de abuso durante la infancia y de trastorno límite de la personalidad. Además, se demostró que el alelo TGB3 constituye un factor de riesgo adicional significativo para la automutilación. La asociación de los tres factores de riesgo señalados sería aun mayor si solamente se tuvieran en cuenta los pacientes depresivos más jóvenes. Más aun, el *odds ratio* para el alelo TGB3 fue de 3.96 para todos los pacientes y de 9.21 para los pacientes más jóvenes en particular.

El alelo TGB3 está involucrado en la transducción de diferentes estímulos, incluido el adrenérgico. Además de los trastornos psiquiátricos, dicho alelo se relacionó con la obesidad, la hipertensión y la respuesta a los diuréticos tiazídicos. El mecanismo mediante el cual este alelo aumentaría el riesgo de automutilación no es claro. Esto se debe, en parte, a que la neurobiología de la automutilación se conoce limitadamente. Se sugirió la relación con el aumento del umbral doloroso especialmente durante las situaciones estresantes. Además, en los pacientes con trastorno límite de la personalidad, la analgesia se relacionaría con anormalidades neurosensoriales y psicológicas. Por último, la automutilación se asociaría con la disminución de la función serotoninérgica, la disminución de la actividad de la superóxido dismutasa y la generación excesiva de radicales libres.

Solamente el 28% de los pacientes con antecedentes de automutilación evaluados experimentaron abuso sexual durante la infancia o cumplieron los criterios diagnósticos para un trastorno límite de la personalidad. En el presente estudio, señalan los autores, se informó por primera vez una asociación significativa entre el alelo TGB3 y el riesgo de automutilación en los pacientes depresivos. Además, esta asociación sería más sólida cuanto más joven es el paciente.

Adicionalmente, dicha asociación genética representaría un factor de riesgo significativo para la automutilación al considerar los antecedentes de abuso infantil o de trastorno límite de la personalidad. Este hallazgo merece estudios adicionales. Así se obtendrán herramientas para comprender la neurobiología de la automutilación.

Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat048/06529012.htm

Analogías entre la vejez y la esquizofrenia

Psychiatry-Interpersonal and Biological Processes 68(1):1-8, 2005

Toronto, Canadá

Después de 45 años de práctica psiquiátrica, la autora describe cómo mejoró su comprensión empática de los síntomas de sus pacientes esquizofrénicos al tomar conciencia de los numerosos cambios que ella misma experimentaba al envejecer.

Mientras los ancianos padecen sordera, los pacientes con esquizofrenia sufren de alucinaciones auditivas. Ante estos cambios los ancianos se adaptan hablando en voz más alta y los pacientes esquizofrénicos se retraen. Por la declinación de sus sentidos, los ancianos encuentran que «las cosas no son tan buenas como eran antes», mientras que la hipervigilancia de los pacientes con esquizofrenia les provoca una percepción aterradora del medio.

La visión se deteriora a medida que pasan los años, y los pacientes con esquizofrenia tienen dificultades para ver correctamente la vida desde el aspecto emocional. A veces se muestran indiferentes y se resisten a intentar nuevas terapias, y esto puede tener un paralelo con la actitud rutinaria de los ancianos, posiblemente causada por la disminución de su capacidad de adaptación y de aprendizaje. Para compensar este deterioro, se debería aprovechar la experiencia de vida y la perseverancia en las prácticas cotidianas: la rutina permite dominar la actividad que se repite. Si bien no se puede detener por completo la declinación cognitiva, será de mucha ayuda emplear estrategias de selección (definición precisa del logro que se quiere alcanzar), optimización y compensación para poner en marcha todos los recursos disponibles para alcanzar las metas deseadas.

Los ancianos suplen con el uso de herramientas su limitación motriz debida al cansancio, los problemas osteoarticulares y la disminución de la fuerza muscular. Esto debería alentar a los pacientes esquizofrénicos a no dejarse restringir por sus propias limitaciones.

Con los años disminuye la estatura tanto física como metafórica de las personas; esta pérdida de respeto aparejada a la vejez se compara a la humillación que causa el ser rotulado como esquizofrénico.

En ambos grupos humanos se observa una alteración en el equilibrio, ya sea producto del envejecimiento o de la medicación antipsicótica. Paralelamente estas personas pueden sufrir un desequilibrio en sus relaciones interpersonales por el temor a la pérdida de control, lo que genera mecanismos compensatorios de perseveración y reinterpretación de la realidad de un modo racional.

Para lograr atenuar las pérdidas que experimenta el individuo anciano o enfermo, se debe promover su capacidad de adaptación (plasticidad) y el desarrollo de la autoestima colectiva, es decir, de la capacidad de sentirse orgulloso de los logros del grupo humano al que se pertenece, alentado por el hecho de que la inteligencia emocional y la sabiduría mejoran con la edad en todas las personas.

La autora afirma: «La esquizofrenia es como envejecer. Partes del cerebro están dormidas, pero si eres bueno en algo y lo practicas, lo harás tan bien como cualquier otra persona»:

Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat045/05913000.htm

Los acontecimientos científicos recomendados por la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) se destacan por su utilidad para la actualización de los profesionales iberoamericanos.

Annual Meeting of the Royal College of Psychiatrists
Royal College of Psychiatrists
Glasgow, Reino Unido
10 al 13 de julio de 2006
Tel.: +44 207 235 2351 ext. 142
Dirección de Internet: www.rcpsych.ac.uk/2006/index.htm
Correo electrónico: conference@rcpsych.ac.uk
www.siicsalud.com/dato/dat044/05824002.htm

World Psychiatric Association International Congress
Psychiatric Association of Turkey
Estambul, Turquía
12 al 16 de julio de 2006
Tel.: +90 212 219 97 77
Dirección de Internet: www.wpa2006istanbul.org
Correo electrónico: tpd-myk@psikiyatri.org.tr; peykang@superonline.com
www.siicsalud.com/dato/dat045/05o14026.htm

APA, American Psychological Association 114th Annual Convention
American Psychological Association
Nueva Orleáns, EE.UU.
10 al 13 de agosto de 2006
Dirección de Internet: www.apa.org/convention/future.htm

8º Congreso Argentino de Neuropsiquiatría y Neurociencia Cognitiva
4º Congreso Latinoamericano de Neuropsiquiatría
IX Jornadas de la Enfermedad de Alzheimer y otros Trastornos Cognitivos
Asociación Neuropsiquiátrica Argentina (ANA)
Buenos Aires, Argentina
6 al 8 de septiembre de 2006
Tel.: 5411-4957-4250
Dirección de Internet: www.neuropsiquiatria.org.ar
Correo electrónico: neuropsiquiatria@stpweb.com.ar
www.siicsalud.com/dato/dat047/06210022.htm

ECNP, European College of Neuropsychopharmacology 19th Annual Meeting and Congress
European College of Neuropsychopharmacology
París, Francia
16 al 20 de septiembre de 2006
Dirección de Internet: www.ecnp.nl

AACAP, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 53rd Annual Meeting
American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
San Diego, EE.UU.
24 al 29 de octubre de 2006
Dirección de Internet: www.aacap.org

XXIV Congresso Brasileiro de Psiquiatria
Associação Brasileira de Psiquiatria
Curitiba, Brasil
25 al 28 de octubre de 2006
Tel.: + 55 (21) 2199-7500
Correo electrónico: congresso@abpbrasil.org.br
www.siicsalud.com/dato/dat046/05d01032.htm

ISTSS, International Society for Traumatic Stress Studies 22nd Annual Meeting
International Society for Traumatic Stress Studies
Los Angeles, EE.UU.
5 al 8 de noviembre de 2006
Dirección de Internet: www.istss.org

NCFR, National Council on Family Relations Annual Conference Family and Health Section Meeting
National Council on Family Relations
Mineápolis, EE.UU.
7 al 12 de noviembre de 2006
Dirección de Internet: www.ncfr.com

AGS, American Geriatrics Society 64th Annual Meeting
American Geriatrics Society
Seattle, EE.UU.
2 al 6 de mayo de 2007
Dirección de Internet: www.americangeriatrics.org

AAMHPC, American Association of Mental Health Professionals in Corrections
American Association of Mental Health Professionals in Corrections
San Diego, EE.UU.
19 al 24 de mayo de 2007

5th International Conference on Social Work in Health and Mental Health
8 al 12 de julio de 2007
Hong Kong, China

APA, American Psychological Association 115th Annual Convention
American Psychological Association
San Francisco, EE.UU.
16 al 19 de agosto de 2007
Dirección de Internet: www.apa.org/convention/future.htm

ECNP, European College of Neuropsychopharmacology 20th Annual Meeting and Congress
European College of Neuropsychopharmacology
Viena, Austria
13 al 17 de octubre de 2007
Dirección de Internet: www.ecnp.nl

AACAP, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 54th Annual Meeting
American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
Boston, EE.UU.
23 al 28 de octubre de 2007
Dirección de Internet: www.aacap.org

GAP, Group for the Advancement of Psychiatry Meeting
Group for the Advancement of Psychiatry
White Plains, EE.UU.
8 al 10 de noviembre de 2007
Dirección de Internet: www.groupadpsych.org

Eventos auspiciados por la **Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)**