

El tamaño de los grupos y no el número de sesiones de psicoeducación incide sobre la evolución de la esquizofrenia

■ El uso de intervenciones psicoeducativas ha demostrado ser un procedimiento útil para el tratamiento integral de muchos padecimientos mentales. Existe un número importante de estudios publicados que intentan demostrar la eficacia de los programas de psicoeducación familiar en la prevención de las recaídas de los pacientes esquizofrénicos. Muchos de ellos han llegado a la conclusión de que el impacto de la psicoeducación en ellos, depende más del tiempo que se les otorga a cada uno de los miembros, que del número de miembros involucrados o del número global de sesiones dedicadas a ello. A pesar de que se ha demostrado que los programas psicoeducativos son medios eficaces para proporcionar conocimientos a los familiares y prevenir las recaídas, no se han hecho suficientes estudios que logren identificar cuál de esos programas es el más efectivo.

En este trabajo de investigación estudiaron a 110 familiares de 95 pacientes esquizofrénicos. Cada participante recibió uno de tres tipos de psicoeducación familiar a lo largo de ocho años. El primero fue un grupo pequeño en cuanto al número de participantes, con un total de 2 (P1), el segundo fue un grupo más amplio de tres sesiones (P2) y el último grupo fue el mayor en cuanto al número de participantes, con cinco sesiones (P3). Asimismo, se registraron las características socio-demográficas de los participantes y se aplicaron entrevistas estructuradas que determinaban los conocimientos que los familiares tenían sobre la esquizofrenia, así como su nivel de expresión emocional. Finalmente se registró el número de recaídas de los pacientes.

El promedio de edad de los familiares fue de 55.5 años y el promedio de años de escolaridad fue de 11.4. Con respecto a los pacientes la edad promedio fue de 32.5 años y la escolaridad de 11.2 años. La edad promedio del inicio de la enfermedad fue de 24.9 años. Los autores encon-

traron con respecto a las evaluaciones pre y post intervenciones, que después de las intervenciones, en todos los familiares hubo un incremento en cuanto al conocimiento del diagnóstico, la etiología, la evolución y el tratamiento, pero no así de la sintomatología. La mayor diferencia se observó entre las madres. Mientras que los familiares con expresión emocional baja tuvieron incrementos significativos en el conocimiento de la etiología, la evolución y los tratamientos, los de expresión emocional alta lo tuvieron sólo en cuanto al conocimiento de los tratamientos. En ellos, la tasa de recaídas fue del 29.8%. Los familiares, de quienes no recayeron, mejoraron claramente en el conocimiento del diagnóstico, la etiología, la evolución y tratamiento. Los familiares, de quienes recayeron, mejoraron sólo en el conocimiento de la etiología y el tratamiento. El nivel de expresión emocional no se relacionó con las recaídas. Los cambios en el conocimiento global de la enfermedad fue mayor en el grupo P1, seguido

Contenido

El tamaño de los grupos y no el número de sesiones de psicoeducación incide sobre la evolución de la esquizofrenia	67
Alternativa inefectiva para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo resistente	68
¿Es seguro el uso de antidepresivos para el tratamiento de la depresión bipolar?	68
Dosis altas de vitamina B para el tratamiento de la declinación cognitiva de la enfermedad de Alzheimer	69
Detección de consumo de alcohol en los servicios médicos de urgencias	69
Asentimiento informado y consentimiento informado en el niño y el adolescente	70
Estrógenos como alternativa de tratamiento para la esquizofrenia	71
Persistencia del trastorno bipolar tipo I que se inicia en la infancia	72

del grupo P2, mientras que el grupo P3 fue el que obtuvo menor número de cambios.

El grupo de investigadores concluye que los efectos de la psicoeducación familiar en términos de adquisición de conocimiento, depende del tiempo de duración del programa por número de miembros. Esto sugiere que este tipo de programas funciona mejor cuando se les da a los familiares una atención más personal e individualizada.

(Rafael López Sánchez)

Bibliografía

SOTA S, SHIMODERA S, KII M y cols.: Effect of a family psycho-educational program on relatives of schizophrenia patients. *Psychiatr and Clin Neurosc*, 62:379-385, 2008.

Alternativa inefectiva para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo resistente

■ Se sabe que muchos pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) responden a los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS). Sin embargo, entre el 40% y 60% de ellos, sólo se logra una mejoría parcial o inclusive mínima. Esto ha llevado a la búsqueda de otras opciones de tratamiento que puedan ser eficaces en casos de resistencia terapéutica. Con la aparición de los nuevos antipsicóticos atípicos se abrió una nueva posibilidad para tratar a estos casos resistentes, con medicamentos más eficaces y seguros. Entre ellos, la quetiapina no ha sido suficientemente evaluada, por lo que el objetivo de este estudio fue determinar si su adición a un tratamiento previamente establecido, con un ISRS en pacientes adultos con TOC sin respuesta al tratamiento, podría generar un mejor resultado.

La muestra consistió en un total de cuarenta pacientes (21 hombres y 19 mujeres) que presentaban un cuadro compatible con TOC de acuerdo a los criterios del DSM-IV TR. Una vez que a los pacientes candidatos se les explicó el procedimiento, se les ofreció la opción de participar en un ensayo clínico de 12 semanas de duración, con un procedimiento doble-ciego e incluyendo a un grupo de placebo. El requisito para poder incluir a los sujetos fue el haber recibido un tratamiento con un ISRS durante al menos 12 semanas a dosis terapéuticas, y no haber logrado una respuesta. Se les mantuvo el tratamiento previamente iniciado y se les asignó de manera aleatoria a recibir quetiapina, con incrementos progresivos de las dosis a lo largo de las seis primeras semanas, hasta alcanzar una dosis total de 400 mg al día (n = 20). Al resto de los sujetos se les asignó a placebo (n = 20). Durante la segunda etapa del estudio (de la semana 6 a la 12), las dosis de quetiapina se ajustaron entre 400 y 600 mg diarios, de acuerdo a la respuesta clínica. El parámetro principal de eficacia fue la calificación total de la escala de Yale-Brown para el TOC.

Los resultados se analizaron tomando en cuenta a los sujetos que completaron las 12 semanas de tratamiento, se incluyó además a los considerados como con intento de tratamiento (al menos una valoración después de la basal) y se utilizó el procedimiento de acarreo de la última observación. El promedio (\pm DE) de la puntuación global de la escala mostró una reducción de -5.2 ± 5.4 puntos en el grupo que recibió quetiapina y de -3.9 ± 4.9 en el grupo que recibió placebo. El análisis del efecto del tratamiento entre grupos no arrojó diferencias significativas en la medida de eficacia primaria ni tampoco en el resto de las evaluaciones. Las conclusiones a las que llegan los autores es que la adición de quetiapina a un tratamiento previamente establecido con un ISRS en pacientes con TOC resistente no ofrece ningún beneficio adicional. El interés del trabajo radica en la publicación de un estudio con resultados negativos, lo cual no es frecuente en las publicaciones científicas. Por otra parte, es factible que los resultados pudiesen haber sido influidos por la falta de control del tipo y dosis de los ISRS utilizados.

(Mónica del Río Cabrero)

Bibliografía

KORDONA, WAHLK, KOCHN y cols.: Quetiapine addition to serotonin reuptake inhibitors in patients with severe obsessive-compulsive disorder: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol*, 28:550-554, 2008.

¿Es seguro el uso de antidepresivos para el tratamiento de la depresión bipolar?

■ En la actualidad, aún existe controversia de si el dar antidepresivos a pacientes en fases depresivas del trastorno bipolar facilita virajes a estados de manía o de hipomanía, o bien esto sea sólo un fenómeno atribuible a la historia natural del padecimiento. En una publicación reciente, un grupo de especialistas en el área llevó a cabo una revisión de la información científica en este tema, haciendo énfasis en la identificación de fuentes de sesgo no detectadas previamente. Para determinar causalidad aplicaron una serie de criterios tales como la especificidad del agente potencialmente causal, la potencia del efecto, la consistencia de los hallazgos, la relación dosis-respuesta, la relación temporal de la exposición y la factibilidad biológica del efecto farmacológico.

Su búsqueda arrojó información de que existen muy pocos ensayos clínicos controlados que hayan valorado este fenómeno y los que hay adolecen de sesgos. Sin embargo, en términos globales consideran que hay cierta evidencia que sostiene que el uso de antidepresivos en combinación con medicación estabilizadora del ánimo no se asocia a un incremento de las tasas de viraje, cuando se le compara con el uso exclusivo de estabilizadores. Si bien no encontraron datos que relacionen que el uso de antidepresivos en el tratamiento de la depresión bipolar sea un riesgo para producir otras fases del padecimiento, los

autores aceptan que no se puede sostener lo mismo en cuanto al riesgo que los antidepresivos podrían tener en relación con acelerar la frecuencia de los episodios, o bien en cuanto a la inducción de otros efectos adversos a mediano o largo plazo.

El aspecto más importante de los hallazgos de este trabajo, es la preocupante ausencia de ensayos clínicos de calidad para intentar resolver la incógnita. Es posible que una de las causas sea el poco interés que la industria farmacéutica demuestra en ello debido a que no es redituable invertir en una indicación de depresión específica, cuando ya se tienen los estudios que muestran la efectividad de los antidepresivos para la depresión en general. Como muchos consideran, a la depresión bipolar se le ve sólo como una pequeña porción del mercado potencial de los antidepresivos. Por otra parte, quienes producen los medicamentos estabilizadores del ánimo y los antipsicóticos atípicos, buscan demostrar su eficacia en el área depresiva para así ampliar su uso en otras indicaciones y no sólo en las fases de manía o de estabilización, asumiendo sin la suficiente evidencia, que los antidepresivos desestabilizan el trastorno y desalientan por consiguiente su uso. Paradójicamente, los antidepresivos son los medicamentos más utilizados en los pacientes bipolares. La mayoría de las veces se prescriben a pacientes equivocadamente diagnosticados como unipolares y muchas veces sin la asociación de un medicamento estabilizador, facilitando entonces si el viraje a manía, los episodios mixtos o los ciclos cortos.

Es indudable que existe la necesidad de llevar a cabo estudios clínicos farmacológicos con la suficiente potencia para poder resolver este conflicto. Mientras no contemos con ellos, el clínico juicioso deberá considerar la administración de antidepresivos en el paciente bipolar de una manera racional y efectiva. El sufrimiento y malestar de los pacientes en las fases de depresión no dejan opción al respecto. Sin embargo, las dosis utilizadas, el tiempo de su administración y las combinaciones con estabilizadores deberán normar el criterio de su aplicación.

(Claudia Becerra Palars)

Bibliografía

LICHT RW, GIJSMAN H, NOLEN WA y cols.: Are antidepressants safe in the treatment of bipolar depression? A critical evaluation of their potential risk to induce switch into mania or cycle acceleration. *Acta Psychiatr Scand*, 118:337-346, 2008.

Dosis altas de vitamina B para el tratamiento de la declinación cognitiva de la enfermedad de Alzheimer

■ Una de las teorías psicopatológicas de la Enfermedad de Alzheimer (EA) postula que en este padecimiento existe un incremento de los niveles séricos de homocisteína, lo cual contribuye al desarrollo del padecimiento por el efecto que genera la hiperhomocisteinemia sobre los mecanismos vasculares y neurotóxicos. También existe evidencia, si bien no suficientemente comprobada, que aún en ausencia de deficiencia vitamínica los niveles de homocisteína y por consiguiente la evolución del padecimiento, pueden reducirse con la administración de dosis altas de suplementos vitamínicos que contengan ácido fólico, vitamina B6 y vitamina B12. Debido a que los estudios clínicos que han abordado esta alternativa terapéutica sobre la actividad cognitiva han

sido insuficientes en términos de tamaños de muestras y de duración de los ensayos clínicos, los autores de este trabajo se propusieron determinar la eficacia y seguridad de la administración de vitamina B en el tratamiento de la EA en un estudio más amplio.

Los investigadores llevaron a cabo un ensayo clínico controlado, multicéntrico, con asignación aleatoria y procedimiento doble ciego para probar el efecto de dosis altas de suplementos con ácido fólico y vitaminas B6 y B12, en sujetos con EA de nivel moderado, y con niveles normales de ácido fólico, vitamina B12 y homocisteína. Asimismo, se incluyeron pacientes con una calificación entre 14 y 26 puntos en la escala de evaluación abreviada del estado mental (Mini-mental State Examination). De un total de 601 candidatos evaluados para participar en varios centros de investigación norteamericanos, 409 pasaron a la fase de tratamiento. A éstos, se les asignó de manera aleatoria a dos grupos de tamaño desigual con la finalidad de lograr un equilibrio adecuado. El 60% de la muestra recibió dosis altas de suplementos vitamínicos: una dosis diaria de 5 mg de folato, 25 mg de vitamina B6 y 1 mg de vitamina B12. El 40% restante recibió placebo. La duración del estudio fue de 18 meses.

Si bien el suplemento vitamínico fue efectivo para reducir el promedio (\pm DE) de las concentraciones plasmáticas de homocisteína en el grupo de tratamiento activo: $-2.42 (\pm 3.35)$, contra el grupo de placebo: $-0.86 (\pm 2.59)$, no generó algún efecto benéfico en la medida principal de condición cognitiva a lo largo de los 18 meses. Los valores de cambio de las puntuaciones fueron 0.372 puntos por mes para el grupo placebo y 0.401 puntos por mes para el grupo de tratamiento activo ($p = .52$). Adicionalmente, una mayor cantidad de efectos secundarios se observaron en el grupo que recibió el suplemento; de manera particular la emergencia de síntomas depresivos.

Los autores concluyen que este régimen de dosis elevadas de suplemento vitamínico administrado a lo largo de 18 meses, no redujo el avance del deterioro cognitivo de estos pacientes. Debido a que estos resultados confirman lo encontrado en algunos estudios previos, se puede concluir que por el momento no existe evidencia suficiente para justificar el uso de dosis altas de vitamina para reducir los niveles de homocisteína, en la prevención de la declinación cognitiva de la EA en sujetos sin deficiencias vitamínicas.

(Josué Vásquez)

Bibliografía

AISEN PS, SCHNEIDER LS, SANO M y cols.: High-dose B vitamin supplementation and cognitive decline in Alzheimer disease. A randomized controlled trial. *JAMA* 300, (15):1774-1783, 2008.

Detección de consumo de alcohol en los servicios médicos de urgencias

■ Este trabajo se propuso determinar, mediante búsquedas en las bases de datos de información sistematizada, si el aplicar una estrategia para la detección de problemas de consumo de alcohol en sujetos atendidos en servicios hospitalarios de urgencias resulta eficaz para limitar los daños subsecuentes relacionados con el abuso de esa sustancia. Fueron seleccionados aquellos estudios que evaluarán en servicios de urgencias cualquier tipo de estrate-

gias médicas, psicológicas o farmacológicas de detección y tratamiento de problemas relacionados con el alcohol. Se recabaron los datos demográficos y clínicos pertinentes. Las principales medidas de evolución en general incluían la frecuencia de consumo, la cantidad consumida, el consumo intenso y las consecuencias de la ingesta en términos de daños. De acuerdo a los criterios estipulados en su búsqueda, satisficieron los criterios estipulados 13 estudios. En diez de los estudios la intervención consistía en una única sesión de orientación, ocho aplicaron entrevistas motivacionales y otros 2 estudios aplicaron estrategias que implicaban el uso de computadora. De estos dos estudios, el primero desarrollaba un plan interactivo orientado a brindar mayor conocimiento sobre el alcohol y a instar a la reducción del consumo, en tanto que el segundo procesaba información personalizada ingresada por vía electrónica para mostrar al interesado la relación entre sus conductas de consumo y los comportamientos habituales, y ofrecerle asesoramiento terapéutico. El último estudio se basaba sólo en la distribución de folletos impresos que contenían información genérica sobre consumo mesurado. Los estudios que contaban con grupos de control sometían a los pacientes de dichos grupos a asesoramiento muy general ya fuera personal o mediante información impresa que se complementaba con la atención habitual proporcionada para estos casos. Las medidas de evolución aplicadas no se evaluaron debido a que no eran comparables entre sí. En cinco ensayos, la principal medida era la frecuencia de consumo, combinada o complementada con las cantidades de alcohol ingeridas.

En siete trabajos se evaluó la frecuencia con que se producían episodios de embriaguez. Finalmente, algunos ensayos tomaron en cuenta también las consecuencias negativas de la ingesta alcohólica, y los daños derivados del consumo. Los autores identificaron tres estudios en los que la probabilidad de tener daños relacionados con la ingesta de alcohol, entre 6 y 12 meses después de la atención en urgencias fue significativamente más baja en el grupo que había recibido alguna de las intervenciones evaluadas. La razón de momio o productos cruzados fue de 0,59; $p < 0,005$. En dos estudios se observó que en el grupo receptor de intervenciones en el servicio de urgencias no había una disminución significativa de la frecuencia de ingesta a los 12 meses. En tres estudios, la intervención no redujo la frecuencia de episodios de embriaguez a los tres meses. En cinco no disminuyó la frecuencia de episodios de embriaguez a los 12 meses y en cuatro las consecuencias de la ingesta alcohólica no bajaron significativamente entre los 6 y los 12 meses. El trabajo concluye que en los sujetos atendidos en servicios de urgencias, y que fueron sometidos a intervenciones de diversos tipos para determinar si sufrían problemas de ingesta alcohólica, se presentó una disminución significativa de los daños relacionados con el consumo de alcohol. Sin embargo, ni el número de episodios de embriaguez ni la cantidad de alcohol ingerido parecen modificarse significativamente en quienes se someten a tales intervenciones.

(Carlos Berlanga)

Bibliografía

HAVARDA, SHAKESHAFT A, SANSON-FISHER R: Systematic review and meta-analyses of strategies targeting alcohol problems in emergency departments: interventions reduce alcohol-related injuries. *Addiction*, 103:368-376, 2008.

Asentimiento informado y consentimiento informado en el niño y el adolescente

■ En la evaluación psiquiátrica de niños y adolescentes, los padres son un recurso esencial de información para el tratamiento. Sin embargo, existe una fina línea entre la necesidad de niños y adolescentes de privacidad, autonomía y confidencialidad, y el derecho de los padres de proteger a sus hijos haciendo la mejor elección para estos. En un escenario clínico no hay una «edad mágica» en la cual un niño será capaz de comprender hechos, analizar información y entender consecuencias. En la mayoría de los casos, se requiere que los padres otorguen su consentimiento para la atención médica de sus hijos. De cualquier forma, hay algunas excepciones: 1) El «menor maduro», doctrina adoptada por algunos estados norteamericanos, que permite a un adolescente usualmente de 14 años o mayor, quien se considera es inteligente y maduro, que dé su consentimiento. Usualmente esta doctrina es aplicada en situaciones de atención médica de bajo riesgo, como el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, embarazo, abuso de sustancias y trastornos psiquiátricos. 2) Evitación del consentimiento del padre o cuidador por una orden judicial, la cual permite que un menor solicite a la corte renunciar al requerimiento de la notificación de los padres cuando se buscan ciertos tipos de intervenciones médicas. Esto se aplica comúnmente en los casos de aborto. 3) El «menor emancipado». Usualmente se aplica cuando el menor está casado, en la milicia, viviendo independientemente o cursa con un embarazo.

Cuando un menor otorga su permiso para una intervención médica, se le llama «asentimiento». Cuando una persona legalmente autorizada es la que otorga el permiso, se le llama «consentimiento». Tiene su origen en el latín *com* y *sentere*, que significa «sentir con». El consentimiento informado consiste en la capacidad de consentir, con una adecuada divulgación de la información relevante del tratamiento, y con una decisión que sea tomada voluntariamente, libre de coerciones. La capacidad de toma de decisiones de los niños y adolescentes puede estar modulada por su nivel de madurez cognitiva, miedo y ansiedad, así como por la influencia familiar. Los adolescentes, por otro lado, pueden estar influenciados por las conductas riesgosas y su tendencia a atribuir mayor valor a las necesidades inmediatas más que a las consecuencias a largo plazo.

Algunas cortes estatales han definido como «información adecuada» aquella información basada en lo que médicos razonables harían bajo esas circunstancias. Este concepto, o «estándar profesional» ha sido criticado por

ser demasiado paternalista y por lo tanto, muchos estados lo han modificado al concepto de «estándar del paciente» del consentimiento informado. El estándar del paciente define a la información adecuada como la información que un paciente necesita para ser capaz de entender su condición clínica y poder tomar una decisión informada. Sin embargo, cuando se trata con un niño o adolescente, la información debe ser proporcionada en un lenguaje que pueda ser entendido de acuerdo a su nivel de desarrollo y repetido cuantas veces sea necesario.

En un escenario clínico lo esencial para un entendimiento adecuado es permitir que los niños y adolescentes cuenten con el tiempo para procesar la información que se ha recibido. También es importante establecer cuidados y una alianza positiva con ellos. Los clínicos poco sensibles pueden cometer el error de presionar al niño o al adolescente. Esta presión puede incluir el no proveer del tiempo adecuado para reflexionar la información, pedir la toma de decisión al niño o adolescente cuando no tienen la confianza necesaria para hacerlo o hacerlos sentir obligados a que confíen en una figura de autoridad como el clínico o el padre. Algunos niños y adolescentes y sus familias siguen delegando las decisiones acerca del tratamiento a sus clínicos, en este caso deben usar su conocimiento y experiencia para determinar lo que es mejor para los intereses de su paciente.

Existen tres diferentes clases de consentimiento informado: 1) Divulgación amplia: el clínico explica los diagnósticos, opciones de tratamiento, riesgos generales, beneficios, probables consecuencias de cada opción, razones de las recomendaciones y pronóstico en caso de no intervenir. Además, el clínico puede resolver los conceptos erróneos y preocupaciones de los niños y adolescentes proveyendo información adicional de ser esta solicitada. 2) Divulgación específica: la discusión se estrecha al tratamiento específico recomendado. El niño o adolescente puede valorar tratamientos alternativos que sean más relevantes a sus preferencias personales. 3) Evaluación, clarificación y toma de decisión: ya sea que en esta etapa se acepte o se decline el tratamiento, el clínico se debe asegurar de que el niño o adolescente entienda la circunstancia de manera suficiente para que pueda tomar una decisión. El clínico necesita descubrir los valores o creencias que puedan interferir o contradecir el tratamiento. Se deben evaluar las falsas esperanza y los miedos.

Se han recomendado las siguientes pautas: hablar directamente con el niño en un área privada, determinar qué persona le gustaría que estuviera presente, comenzar con un tema no amenazador, escuchar activamente, prestar atención al lenguaje corporal y al tono de voz, utilizar herramientas alternativas de comunicación (como dibujos o juegos), valorar miedos y preocupaciones referidos por el menor o por los padres.

El rehusarse a consentir un tratamiento, es una toma de decisión de alto orden y requiere un alto nivel de entendimiento. Rehusar un tratamiento sugiere que un paciente tiene suficiente conocimiento o creencias para confrontarlas con el conocimiento médico, aún cuando rehusar el tratamiento pueda tener un resultado menor del óptimo.

Usualmente se les permite a los adultos rehusarse a una intervención médica a menos que sean incompetentes. Los niños y adolescentes que se rehúsan al tratamiento pueden ser tratados en contra de su voluntad cuando el manejo médico es para su beneficio y se obtiene el consentimiento de sus padres o tutores. El clínico necesita hacerle saber al niño o adolescente que se le apoya, no se le juzga, y no se es coercitivo durante el proceso de consentimiento.

En nuestro país existe una escasa tradición de incorporar el asentimiento y el consentimiento informado en la práctica clínica común, probablemente más reservada a los procesos de investigación; sin embargo el especialista debe solicitar ambos asentimientos y consentimiento en cualquier intervención sea psicosocial y/o biológica y dejarla escrita en el expediente.

(Ivalú Caballero Lozano; Francisco de la Peña Olvera)

Bibliografía

ALKHATIB A, REGAN J, JACKSON J: Informed assent and informed consent in the child and adolescent. *Psychiatric Annals*, 38:337-339, 2008.
LEVETOWN M AND THE COMMITTEE ON BIOETHICS. Communicating with children and families: from everyday interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics*, 121:1441-1460, 2008.

Estrógenos como alternativa de tratamiento para la esquizofrenia

■ De acuerdo a los resultados de un estudio recientemente publicado, la combinación de antipsicóticos con estradiol parece ser de utilidad en el tratamiento de las mujeres esquizofrénicas. El interés en determinar el posible papel de los estrógenos en la esquizofrenia no es nuevo. Desde hace ya algún tiempo, algunas observaciones epidemiológicas habían detectado diferencias entre los géneros en relación al inicio y el curso de la enfermedad, que hacían pensar en la posibilidad de que estas diferencias estuvieran originadas por los efectos de las hormonas gonadales. Un grupo de investigadores en Melbourne Australia, llevó a cabo un ensayo clínico controlado con asignación aleatoria de la maniobra y con procedimiento doble ciego, que incluyó un total de 102 mujeres esquizofrénicas que estuvieran en etapa reproductiva. El estudio tuvo un seguimiento de veintiocho días, y la sintomatología psicótica fue evaluada semanalmente con la aplicación de escalas de graduación de severidad de las manifestaciones. El grupo de tratamiento compuesto por 56 pacientes, recibió estradiol (100 mcg) por medio de parches transdérmicos, mientras que las 46 mujeres restantes que conformaron el grupo contrastante, recibieron placebo utilizando el mismo procedimiento de aplicación. Esta adición farmacológica se utilizó en forma simultánea al tratamiento antipsicótico que ya recibían.

Al final del estudio se encontró que las mujeres que recibieron estradiol agregado al tratamiento antipsicótico presentaron una mejoría superior a la de las mujeres que solamente recibieron los antipsicóticos. Las diferencias en respuesta se generaron básicamente debido a una reducción de los síntomas positivos. No se encontraron diferencias en cuanto a la reducción de los síntomas negativos entre los dos grupos. Los autores discuten en su trabajo los posibles mecanismos de acción que pudieran explicar este efecto benéfico en la esquizofrenia. Tanto los

estudios *in vitro* como en animales de experimentación muestran que estas hormonas tienen efectos neuroprotectivos y de control de manifestaciones psicóticas. Estas acciones pueden estar mediadas por una gran variedad de rutas que incluyen tanto reacciones inmediatas como los efectos antioxidantes y los de incremento de la perfusión sanguínea cerebral y de utilización de la glucosa, hasta reacciones de instalación más progresiva como los de los mecanismos genómicos, que pueden incluir la modificación permanente de algunos circuitos neuronales. La falta de eficacia sobre los síntomas negativos es consistente con la bibliografía que existe acerca de este tema. Es factible que su mejoría requiera de periodos más prolongados de tratamiento, si bien también es posible que las regiones cerebrales que están implicadas en el origen de estos síntomas no sean sensibles a responder a los efectos de las hormonas gonadales. El tratamiento adicional con estrógenos podría ser de utilidad como un manejo preventivo en aquellas mujeres que atraviesan por periodos de cambios hormonales que pudieran empeorar la sintomatología psicótica. Tal sería el caso de los periodos postparto y del climaterio. Si bien se requiere de más estudios que comprueben estos resultados, el uso de estrógenos parece ser un campo promisorio en la terapéutica de la esquizofrenia y probablemente de otras enfermedades mentales.

(Gabriela Villarreal Valdés)

Bibliografía

KULKARNI J, DE CASTELLAA, FITZGERALD PB y cols.: Estrogen in severe mental illness: A potential new treatment approach. *Arch Gen Psychiatry*, 65:955-960, 2008.

Persistencia del trastorno bipolar tipo I que se inicia en la infancia

■ Muchos adultos con trastorno bipolar refieren haber tenido síntomas del padecimiento durante su infancia los cuales no fueron identificados. No obstante, hasta este momento no se había abordado el problema de qué tan frecuente es que el trastorno iniciado en ese momento de la vida persista hasta la edad adulta. En este trabajo de investigación se siguió la evolución de 115 niños que presentaron un episodio maniaco o mixto. La edad promedio del grupo al inicio del seguimiento fue de 11 años. Se utilizó una definición estricta de trastorno bipolar tipo I de inicio en la infancia y para diagnosticar un cuadro de manía se requirió la presencia de euforia, de ideas de grandiosidad o de ambas características. La mayor parte de los sujetos incluidos en el estudio (94%) completaron todas las evaluaciones a lo largo de los ocho años. Cada valoración se efectuó con intervalos de seis meses durante los dos primeros dos años, y anualmente durante los siguientes cuatro, con una valoración final al completar los ocho años de seguimiento. Al concluir el estudio la mayoría de los participantes tenían 18 años de edad o más.

De todos los pacientes valorados, el 88% se recuperó del episodio índice con un tiempo de recuperación promedio de 55.6 semanas. El 73% de ellos tuvieron una recaída a manía en promedio a las 99 semanas posteriores. Los episodios posterior-

res de manía tuvieron una duración promedio importante, si bien menor al promedio de duración del episodio índice. De esta manera, se encontró que el segundo episodio tuvo una duración promedio de 55 semanas, mientras que la duración promedio del tercero fue de 40 semanas. Considerando a los pacientes menores de 18 años, estos se mantuvieron con la presencia del padecimiento el 66% del tiempo de seguimiento. Este porcentaje bajó a 49% en aquellos mayores de 18 años. Tanto la carencia de afecto materno como el inicio más temprano del padecimiento se asociaron con una duración mayor de los episodios de manía. Al rebasar los 18 años el 44% de los participantes había tenido episodios de manía y el 35% de ellos había desarrollado un trastorno de dependencia a sustancias.

Los resultados de este estudio resaltan lo importante que es el detectar tempranamente el inicio de este padecimiento ya que en una buena proporción de pacientes, el trastorno se inicia en etapas tempranas de la vida y persiste en los años posteriores. De acuerdo a sus resultados, el 44% de los sujetos continuaron con la enfermedad hasta llegar a la edad adulta, sin embargo es probable que este porcentaje esté subestimado. Se siguió sólo a la mitad de los pacientes mayores de 18 años y no se consideró la detección de manifestaciones subsindrómicas ni de trastorno bipolar tipo II. Por otra parte, hubiera sido adecuado utilizar la irritabilidad como criterio diagnóstico de manía. Adicionalmente, es importante considerar la necesidad de efectuar un adecuado diagnóstico diferencial entre el trastorno bipolar y otros padecimientos de inicio en la infancia que cursen con hiperactividad y/o irritabilidad. Si bien no se ha demostrado que el inicio temprano de los tratamientos modifique el curso posterior de la enfermedad, trabajos como éste demuestran la necesidad de identificar y tratar estas enfermedades oportunamente.

(Ingrid Vargas Huicochea)

Bibliografía

GELLER B, TILLMAN R, BOLHFNER B y cols.: Childhood bipolar I disorder. Prospective continuity with adult bipolar I disorder; characteristics of second and third episodes; predictors for 8-year outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 65:1125-1133, 2008.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Fundador
Dr. Ramón de la Fuente.

Editor de la publicación
Dr. Gerhard Heinze.

Jefe del Departamento de Publicaciones
Dr. Héctor Pérez-Rincón.

Dirección: Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco
Deleg. Tlalpan, 14370 México, D.F.

Departamento de Publicaciones:

Norma Vollrath, Mario Aranda Marqués, Elizabeth Cisneros,
Constanza Pérez Reyes

