



Naltrexona para el abuso y dependencia a anfetaminas

■ El abuso y la dependencia a las anfetaminas, constituye un importante problema de salud pública debido a que implica una elevada tasa de recurrencias y recaídas. Este campo indiscutiblemente requiere de intervenciones farmacológicas más efectivas. Al igual que lo que sucede con la cocaína, las anfetaminas producen un efecto adictivo e inducen al consumo compulsivo por medio de su interacción con los sistemas de neurotransmisión dopaminérgica en el sistema nervioso central. Estos sistemas involucran a las áreas mesolímbica y ventrotemporal, la sustancia nigra, la amígdala y el núcleo accumbens. Por medio de estudios de imágenes con tomografía por emisión de positrones, se ha identificado la presencia de receptores a opiáceos co-localizados en las neuronas dopaminérgicas; el consumo compulsivo que se genera en los consumidores crónicos se relaciona con la unión de la sustancia a estos receptores en el sistema límbico.

La naltrexona, un antagonista opioide, ha mostrado ser de utilidad para limitar los efectos subjetivos en los consumidores de anfetaminas y para reducir su consumo compulsivo. Tomando en cuenta este antecedente, un grupo de investigadores apoyados por el gobierno de Suecia, llevaron a cabo un ensayo clínico controlado en el que asignaron en forma aleatoria a 80 sujetos dependientes a anfetaminas, a recibir durante 12 semanas placebo o naltrexona en dosis de 50 mg. al día. Tanto el apego al tratamiento como el consumo de anfetaminas se determinaron por medio de pruebas de concentración en orina. El 62% (25 pacientes) que recibió naltrexona tuvo apego a la medicación. Tanto en el grupo de intento de tratamiento como en el que completó las 12 semanas del estudio (26 de placebo y 29 de medicación), la naltrexona se asoció en forma significativa con una reducción en el consumo de anfetaminas y con una menor conducta compulsiva de uso al compararla con el placebo. La tolerancia fue adecuada y los efectos secundarios fueron pocos y sin significancia clínica.

Este estudio, si bien preliminar y con un número limitado de sujetos, muestra cómo el considerar a los receptores de opiáceos como blanco terapéutico, puede generar efectos contra la compulsión en el consumo de sustancias

adictivas. Se sabe que estos receptores son los mediadores del consumo compulsivo de una gran variedad de sustancias de abuso tales como los estimulantes, el alcohol y los opiáceos. Sin embargo, los autores reconocen que debido a que sólo el 16% de los sujetos participantes en el estudio tuvo un resultado positivo en las muestras de orina, y por consiguiente mostró evidencia del consumo de anfetaminas, sus resultados no permiten saber con precisión si la naltrexona es eficaz en el abuso a estas sustancias. Por lo tanto, se requiere que en un futuro se lleven a cabo estudios adicionales. No obstante, debido al perfil benigno de efectos colaterales que este compuesto tiene, puede considerarse como una posible herramienta farmacológica para manejar este tipo de problemas de farmacodependencia.

(Josué Vásquez)

Bibliografía

JAYARAM-LINDSTRÖM N, HAMMARBERG A, BECK O y cols.: Naltrexone for the treatment of amphetamine dependence: a randomized, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry*, 165:1442-1448, 2008.

Contenido

Naltrexona para el abuso y dependencia anfetaminas	7
Trastornos en el ritmo circadiano de la melatonina durante el embarazo y en la depresión postparto	8
¿Es posible predecir quién desarrollará la enfermedad de Alzheimer?	8
Estimulación magnética transcraneal para el tratamiento de la depresión. Nuevos hallazgos	9
Algunas diferencias entre los antipsicóticos de primera y segunda generación	9
Riesgo de mortalidad en pacientes con enfermedad de Alzheimer que reciben antipsicóticos	10
Salud mental en el embarazo y el postparto	11

Trastornos en el ritmo circadiano de la melatonina durante el embarazo y en la depresión postparto

■ El determinar las alteraciones en el patrón de secreción circadiano de melatonina es un tema de interés en el amplio campo de estudio de las bases neurobiológicas de los trastornos del ánimo. Dentro de este contexto, un grupo de investigadores pusieron a prueba la hipótesis de que ciertos cambios en los niveles plasmáticos de la melatonina podían diferenciar a las mujeres con y sin depresión durante el embarazo y el periodo de postparto. En este estudio participaron 25 mujeres (10 con depresión mayor y 15 sanas) que se encontraban en fase gestacional, y 24 durante el periodo de postparto (13 con depresión y 11 sanas). El grupo de comparación sin depresión se seleccionó de tal forma que fuera lo más semejante al grupo de mujeres deprimidas en los aspectos ginecológicos y socio-demográficos. Los niveles plasmáticos de melatonina se midieron en cada una a intervalos de 30 minutos, en condiciones de luz tenue (< 30 lux), y desde las 6 de la tarde hasta las 11 de la mañana del siguiente día. Los valores de los niveles plasmáticos se transformaron por medio de un procedimiento logarítmico, y se hicieron cálculos para las medidas de nivel basal, inicio y terminación de los periodos de síntesis, duración, concentración pico y área bajo la curva. Los grupos se compararon por medio de un análisis de covarianza considerando la edad, número de semanas de embarazo o postparto, condición de lactancia y el índice de masa corporal como covariables.

Los investigadores encontraron que los niveles matutinos de melatonina (desde las 2 hasta las 11 de la mañana) fueron significativamente menores en las mujeres embarazadas deprimidas en comparación con las embarazadas sanas. Por otra parte, incluyendo todos los intervalos de medición en el postparto, los niveles de melatonina fueron mayores en las mujeres deprimidas que en las sanas. Independientemente de la condición diagnóstica, las mujeres con antecedentes familiares o personales de depresión, si se les contrastaba con las mujeres sin este tipo de antecedentes, tuvieron un inicio y una terminación más temprana de la síntesis de melatonina. En las mujeres sanas, pero no en las deprimidas, los niveles de melatonina tendieron a incrementarse con el avance de la gestación. Sin embargo, esta asociación no se encontró en el periodo postparto en ninguno de los dos grupos. Estos hallazgos apuntan a que en los estados depresivos de la gestación y del postparto existen alteraciones en la regulación de la melatonina. Estas alteraciones pudiesen tener implicaciones importantes para implementar medidas de identificación temprana o terapéuticas en estos tipos de trastornos del estado de ánimo. La evidencia obtenida deberá ampliarse con grupos mayores y correlacionando los niveles con la gravedad de los cuadros, el tipo de la sintomatolo-

gía, así como el número de episodios previos y la duración de los mismos.

No obstante, la información que proporciona este trabajo de investigación, apoya la participación de los desajustes del ciclo de secreción de la melatonina en los trastornos del afecto. De manera particular el tratamiento adecuado de los trastornos depresivos durante la gestación y el postparto, es un campo de gran importancia clínica debido a la necesidad de reducir el riesgo que este tipo de padecimientos y sus tratamientos tienen sobre la madre y el producto.

(Carlos Berlanga; Gloria Benítez-King)

Bibliografía

PARRY B, MELISKA CJ, SORENSON DL y cols.: Plasma melatonin circadian rhythm disturbances during pregnancy and postpartum in depressed women and women with personal or family histories of depression. *Am J Psychiatry*, 165:1551-1558, 2008.

¿Es posible predecir quién desarrollará la enfermedad de Alzheimer?

■ A partir de cierta edad, las personas que manifiestan síntomas leves o moderados de declinación cognitiva se preocupan, con cierta razón, de que exista la posibilidad de que su problema aumente, progrese y derive en una demencia senil definitiva como la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, de acuerdo a las estadísticas, se ha comprobado que sólo entre el 8 al 15% de estos casos desarrollará el padecimiento en el curso de los siguientes años. La investigación en este campo ha buscado desde hace ya algún tiempo la presencia de posibles predictores que identifiquen de manera anticipada, quiénes de estos sujetos tienen más riesgos de avanzar hacia condiciones más graves. Los autores de un trabajo de investigación en este tema y de reciente publicación, efectuaron un estudio prospectivo con seguimiento durante cinco años, en el cual incluyeron a 148 sujetos con declinación cognitiva moderada. En la muestra se evaluaron los resultados de haber combinado ocho variables que mostraron cada una de ellas, diferentes grados de certeza para predecir la aparición de la enfermedad de Alzheimer. A todos los pacientes se les sometió a valoraciones psiquiátricas y neurológicas incluyendo: la aplicación del examen breve del estado mental, una batería de pruebas neuropsicológicas, la genotipificación de la apolipoproteína E, una resonancia magnética cerebral, pruebas de sensibilidad olfatoria y a un cuestionario para determinar los niveles de actividad funcional en las áreas cognitivas y sociales. El diagnóstico de enfermedad de Alzheimer se confirmó utilizando dos tipos de criterios diagnósticos.

Con los resultados determinaron los puntos de corte óptimos para los cinco predictores que, entre todos, mostraron ser los más potentes para predecir la aparición de la enfermedad. Estos fueron: 1) la prueba selectiva de re-

cordación inmediata, 2) la prueba de identificación olfatoria, 3) el cuestionario de actividades funcionales, 4) el volumen de la corteza del hipocampo y 5) el volumen de la corteza entorrinal, estos últimos determinados por medio de la resonancia magnética. Con la presencia de tres variables positivas, la probabilidad de desarrollar el trastorno en el curso de los siguientes tres años varió de 1.4% a 67.4%. Sin embargo, si las cinco variables resultaban positivas, la probabilidad se incrementaba al 98.3%. La suma del resultado de la genotipificación de la apolipoproteína E, no mejoró el valor predictivo del algoritmo.

Los estudios de resonancia magnética son de costo elevado y por lo tanto difíciles de implementar de manera rutinaria como pruebas de predicción. No obstante, parece ser que la aplicación de otras evaluaciones neuro-psiquiátricas en combinación, resulta tener un nivel adecuado de sensibilidad para la predicción de la enfermedad de Alzheimer. Hay evidencia de que al combinar los factores de la edad, el resultado del examen breve del estado mental, el de una prueba de identificación olfatoria y el de un cuestionario de actividades funcionales, genera una sensibilidad del 80% (menos del 20% de falsos positivos). Esto es importante si se considera que al incluir solamente a los dos primeros factores, la sensibilidad alcanza únicamente el 39%. La información es de particular importancia ya que puede ayudar a los clínicos a identificar, con pruebas sencillas y de bajo costo, a aquellos pacientes con problemas de declinación cognitiva que hay que seguir de manera cercana para identificar a tiempo el inicio del padecimiento y entonces tomar medidas terapéuticas en etapas tempranas.

(Mónica Del Río Cabrero)

Bibliografía

DEVANAND DP, LIU X, TABERT MH y cols.: Combining early markers strongly predicts conversion from mild cognitive impairment to Alzheimer's disease. *Biol Psychiatry*, 64:871-879, 2008.

Estimulación magnética transcraneal para el tratamiento de la depresión. Nuevos hallazgos

■ A lo largo de la última década, la estimulación magnética transcraneal (EMT) ha ganado lugar como un novedoso tratamiento alternativo a los fármacos para las enfermedades psiquiátricas, particularmente para los trastornos depresivos. La mayoría de los trabajos de EMT para depresión aplican la estimulación de alta frecuencia (5-10 Hz) en la corteza prefrontal dorso-lateral (CPFDL) izquierda, con lo que se incrementa la excitabilidad cortical, lo cual incide en mejorar la depresión al corregir los niveles anormalmente bajos de dicha excitabilidad en la CPFDL. Un método alternativo consiste en aplicar la estimulación con frecuencias bajas (alrededor de 1.0 Hz) en la misma área pero en el lado derecho. Esto parece reducir la actividad cortical. Este estudio comparó las dos opciones con el fin de determinar si existían diferencias en cuanto a su eficacia.

En el estudio participaron un total de 27 pacientes atendidos en consulta externa, 15 hombres y 12 mujeres. A todos se les diagnosticó depresión mayor de acuerdo al DSM-IV, y además contaban con una calificación ≥ 20 puntos en la escala para depresión de Montgomery-Asberg (MADRS). Para ser incluidos debían contar con el antecedente de al menos dos intentos fallidos de tratamiento antidepresivo. La dosis del antidepresivo con el que ingresaban al estudio no se modificó durante las 4 semanas previas a su ingreso ni tampoco durante su participación. El estudio fue doble-ciego con asignación aleatoria a una de las dos opciones terapéuticas (intensidad alta izquierda/intensidad baja derecha).

La administración del tratamiento tuvo una duración de 5 días por semana; después de tres semanas, a aquellos que presentaban mejoría (reducción de al menos el 30% en la escala MADRS) se les ofreció la opción de recibirlo una semana más. Los que no presentaron dicho nivel, se les ofreció la opción de cambiar a un tratamiento alternativo.

Dieciséis pacientes recibieron estimulación izquierda de alta intensidad, y once la recibieron estimulación derecha de baja intensidad. En ambos grupos se encontró una mejoría importante de la sintomatología depresiva. Esta mejoría fue identificada tanto por la reducción en la calificación de la escala de MADRS, como por otras escalas de funcionamiento global. Por otra parte, el nivel de mejoría fue similar entre los grupos.

En total, 12 pacientes lograron al final del estudio el nivel de remisión total (reducción en la calificación de la escala de MADRS $> 50\%$), los cuales correspondieron al 44% de la muestra completa. Tomando en consideración este criterio de remisión total, tampoco hubo diferencias finales entre los grupos. Los resultados de este estudio sugieren que la EMT tanto izquierda (de alta intensidad) como derecha (de baja intensidad) son similares en cuanto a eficacia. Además, en ninguno de los dos grupos se presentaron alteraciones cognitivas. De hecho, en forma global se identificó mejoría en la memoria verbal inmediata y en la fluidez verbal de los sujetos. Este estudio, a pesar de lo reducido de su muestra, aporta información relevante acerca del uso de este tratamiento para la depresión. A pesar de la evidencia de eficacia con las dos formas de aplicación, aún no es posible determinar con suficiente sustento si los efectos de la EMT son clínicamente relevantes y aplicables a la práctica cotidiana. Si bien los resultados del estudio son claros, de cualquier manera deberán confirmarse con la aplicación del tratamiento en muestras más amplias.

(Margarita Horta Carrillo)

Bibliografía

FITZGERALD PB, HOY K, ZAFIRIS J, DASKALAKIS ZJ y cols.: A randomized trial of the antidepressant effects of low and high-frequency transcranial magnetic stimulation in treatment-resistant depression. *Depression Anxiety*, aop: 10.1002/da.20454, 2008.

Algunas diferencias entre los antipsicóticos de primera y segunda generación

■ Dos trabajos publicados recientemente colocan en el plano de la discusión, la inquietud sobre cuáles son las diferencias reales entre los antipsicóticos de primera y segunda generación (llamados también atípicos), en cuanto a su eficacia en la es-

quizofrenia y en la producción de efectos extrapiramidales. El primero de ellos fue un meta-análisis que incluyó 150 estudios doble-ciego, la mayoría de corta duración, que englobaron a 21,544 sujetos. En total compararon nueve antipsicóticos atípicos, determinando eficacia global y eficacia en síntomas positivos, negativos y de depresión. Asimismo, se consideró su efecto sobre recaídas, calidad de vida, efectos extrapiramidales, sobrepeso y sedación. Los estudios abiertos fueron eliminados por su baja confiabilidad.

El estudio mostró que cuatro antipsicóticos de segunda generación resultaron más eficaces que los de primera: amisulpride (-0.31 [95% IC -0.44 a -0.19] $p < 0.0001$), clozapina (-0.52 [-0.75 a -0.29] $p < 0.0001$), olanzapina (-0.28 [-0.38 a -0.18] $p < 0.0001$) y risperidona (-0.13 [-0.22 a -0.05] $p = 0.002$). El resto de los de segunda generación no fueron mejores que los de primera ni siquiera para los síntomas negativos.

Por lo tanto, de acuerdo a los autores, la eficacia mayor sobre efectos negativos no debe considerarse un elemento común a todos los antipsicóticos atípicos. Como era de esperarse, los de segunda generación tuvieron menos efectos extrapiramidales que los de primera. Con la excepción del aripiprazol y la ziprasidona, los de segunda generación provocaron un mayor incremento de peso que el haloperidol, pero no más que otros de primera generación de baja potencia. También los de segunda generación en general, provocaron menos sedación. Los autores llegaron a la conclusión de que si bien los antipsicóticos de segunda generación difieren sustancialmente de los de primera, no son un grupo completamente homogéneo.

Un segundo trabajo evaluó comparativamente las características de la perfenazina y las de los antipsicóticos de segunda generación administrados a pacientes esquizofrénicos, en cuanto a la incidencia de efectos extrapiramidales emergentes durante el tratamiento.

El método que siguieron fue un análisis de cambio en el que integraron los datos obtenidos por medio de escalas estandarizadas para la valoración de efectos extrapiramidales, el uso documentado de medicación para contrarrestar dichos efectos y la evidencia de suspensión de los fármacos por intolerancia a los mismos.

Los autores no encontraron diferencias significativas en la aparición de síntomas o en el cambio de gravedad de los mismos en el caso de parkinsonismo secundario (disonia, acatisia o disquinesia tardía). Los resultados fueron iguales tanto en la comparación de los medicamentos de segunda generación con la perfenazina, como en la comparación de los de primera generación entre sí. Los análisis secundarios revelaron que los pacientes que recibieron risperidona necesitaron con más frecuencia medicamentos antiparkinsonianos, en comparación con quienes recibieron quetiapina. Las tasas más bajas de suspensión de medicamento por parkinsonismo secundario se observaron en los pacientes que recibieron quetiapina y ziprasidona.

El uso de medicación para contrarrestar la acatisia fue mayor entre quienes recibieron risperidona y perfenazina. Los autores concluyeron que no existen diferencias en cuanto a generar efectos extrapiramidales cuando se comparan los antipsicóticos de segunda generación en forma global con la perfenazina. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre los mismos atípicos.

(Ingrid Vargas Huicochea)

Bibliografía

LEUCHT S, CORVES C, ARBTER D: Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet*, 373(9657):31-41, 2009.

MILLER DEL D, CAROFF SN, DAVIS SM y cols.: Extrapiramidal side-effects of antipsychotics in a randomised trial. *BJ Psychiatry*, 193:279-288, 2008.

Riesgo de mortalidad en pacientes con enfermedad de Alzheimer que reciben antipsicóticos

■ De acuerdo a un estudio recientemente publicado, los pacientes con enfermedad de Alzheimer que reciben antipsicóticos pueden tener a largo plazo un riesgo mayor de mortalidad. El trabajo se llevó a cabo en varios centros de atención y estancia prolongada para sujetos de la tercera edad en el Reino Unido. Los autores tomaron en cuenta la información proveniente de estudios anteriores de corto plazo controlados con placebo, los cuales mostraron que los sujetos de edad avanzada con enfermedad de Alzheimer, a quienes se les prescribieron antipsicóticos, presentaron un aumento en las tasas de mortalidad por cualquier causa. Sin embargo, debido a la falta de estudios a largo plazo decidieron elaborar un estudio de seguimiento que incluyera periodos más extensos. De esta forma reclutaron a pacientes con el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer que estuvieran recibiendo antipsicóticos y que reunieran los criterios para participar en el estudio. El procedimiento que llevaron a cabo fue doble-ciego, con asignación aleatoria y con la inclusión de un grupo comparativo de placebo. A una parte de los pacientes reclutados se les mantuvo con el mismo antipsicótico, mientras que al resto se les cambió a placebo, ambos manejos por vía oral. Los grupos tuvieron un seguimiento de 12 meses. Los fármacos incluidos fueron haloperidol, clorpromazina, tioridazina, trifluoperazina y risperidona. La medida primaria de desenlace fue la ocurrencia de mortalidad por cualquier causa. Adicionalmente se determinó, por medio de una llamada telefónica, cuáles sujetos seguían con vida 24 meses después de haber reclutado al último paciente (el rango del tiempo de evaluación fue de 24 a 54 meses). Las causas de deceso se obtuvieron a partir de la información registrada en el certificado de defunción. Un total de 165 pacientes se asignaron de manera aleatoria a los tratamientos. De ellos 83 continuaron con el antipsicótico mientras que a 82 se les cambió a placebo. Sin embargo, sólo 128 sujetos fueron finalmente aceptados, de los cuales 64 mantuvieron el antipsicótico y 64 recibieron placebo.

Así, se encontró una reducción en la supervivencia en los que mantuvieron el antipsicótico. La probabilidad acumulada de sobrevida durante los primeros 12 meses fue del 70% (IC 95% - 58-80%) en el grupo de continuación *versus* 77% (64-85%) en el grupo de sustitución por placebo. Las diferencias más notorias entre los grupos a lo largo del seguimiento mayor a 12 meses se encontraron a los 24 meses (sobrevivió el 46% del grupo de antipsicóticos y 71% del grupo de placebo) y a los 36 meses (30% y 59% respectivamente). Estas cifras reflejan que los pacientes con enfermedad de Alzheimer a quienes se les prescriben antipsicóticos tienen, por alguna razón aún no identificada, un mayor riesgo de mortalidad a largo plazo. Por consiguiente los autores sustentan la necesidad de buscar en estos sujetos, alternativas menos riesgosas para el manejo de los síntomas neuro-psiquiátricos. Sin embargo, es conveniente considerar que si el uso de antipsicóticos es indispensable se

deberá hacer en dosis bajas, por periodos cortos de tiempo y con la suspensión inmediata cuando ya no sean completamente necesarios.

También es recomendable tener un adecuado juicio clínico que evite poner en riesgo al paciente al no proporcionarle el tratamiento adecuado por el temor de generar una complicación a largo plazo. Finalmente, llama la atención el que hayan incluido algunos antipsicóticos ya prácticamente en desuso.

(Rafael Lopez Sánchez)

Bibliografía

BALLARD C, HANNEY ML, THEODOULOU M y cols.: The dementia antipsychotic withdrawal trial (DART-AD): long-term follow-up of a randomised placebo-controlled trial. *Lancet Neurology*, doi: 10.1016/S1474-4422(08)70295-3, 2009

Salud mental en el embarazo y el postparto

■ La capacidad de la madre para atender al recién nacido se reduce ante la presencia de una depresión postparto. Si bien los antidepresivos mejoran notablemente esta entidad clínica, algunos aspectos en el nivel global de funcionalidad como, por ejemplo, la disminución en el rendimiento laboral y las dificultades en las relaciones interpersonales, no suelen modificarse de manera importante. En un estudio piloto se investigó si el funcionamiento en cuanto al rol materno mejoraba con la administración de medicación antidepresiva. El trabajo consistió en un análisis exploratorio de un estudio clínico más amplio. Se seleccionó un subgrupo de 27 mujeres con depresión postparto, que participaron en un ensayo clínico en el que se comparó la eficacia antidepresiva de la sertralina y la nortriptilina en esta entidad clínica.

El estudio tuvo una duración de ocho semanas durante las que se determinaron tres medidas de desenlace del nivel funcional del rol materno. La información se enriqueció con la observación de videos que mostraban la interacción madre-infante. Las grabaciones se analizaron por medio de dos escalas codificadas para graduar los cambios observados en este desempeño. Ambos antidepresivos fueron igualmente eficaces para reducir la sintomatología depresiva y para mejorar el funcionamiento maternal global incluyendo la gratificación materna por este desempeño.

Las diferencias entre la primera y la última evaluación en cuanto a la interacción madre-infante, se consideraron producto del tiempo (el aumento de edad del infante) y no del efecto de los medicamentos o de la remisión del estado depresivo. Las conclusiones derivadas de este trabajo fueron que si bien el tratamiento antidepresivo mejora la condición clínica de las mujeres con depresión postparto y además mejora su funcionamiento global, no resuelve las limitaciones en cuanto a autoeficacia y a la interacción madre-infante.

Estos resultados nos llevan a considerar que los clínicos deben de tratar farmacológicamente a estas condiciones, pero además deberán implementar intervenciones psicosociales adicionales para lograr una recuperación más integral.

En otro trabajo dentro de este mismo campo, se evaluó la relación que existe entre eventos traumáticos del pasado con

embarazos de alto riesgo, complicaciones perinatales y con los síntomas de estrés postraumático en el postparto. La muestra estuvo compuesta por 1071 mujeres en la etapa intermedia de gestación. La información se obtuvo con la utilización de un cuestionario autoaplicable en tres etapas: durante el embarazo, y uno y seis meses después del parto. Entre los resultados más sobresalientes se encontró que un alto porcentaje de las mujeres con embarazo de alto riesgo tenían antecedentes de experiencias traumáticas en el pasado. Si bien la calificación total de síntomas de estrés postraumático en el postparto no correspondió totalmente con la condición de embarazo de alto riesgo, sí hubo una correlación cuando las subescalas de evitación y de intrusión del cuestionario se analizaron por separado. Por otra parte, la presencia de historia de eventos traumáticos, así como la de síntomas de estrés prenatal, de depresión postparto y de malestares subjetivos de dolor durante el parto, correlacionaron con la presencia de estrés postraumático en el postparto. Los autores consideran que sus resultados deben de tomarse en cuenta para sensibilizar a los clínicos a que tomen medidas preventivas en la atención de estas mujeres. De manera particular los antecedentes traumáticos deberán considerarse como un factor de riesgo para el desarrollo de embarazos de alto riesgo y de síntomas de estrés en el postparto.

Finalmente, otro estudio de interés en la salud mental perinatal se llevó a cabo en el Reino Unido a nivel de atención primaria de la salud, con un seguimiento a lo largo de 18 meses y con el objetivo de evaluar los beneficios de dos intervenciones psicológicas en las mujeres después del parto. Un total de 2749 mujeres conformaron el grupo de intervención y se compararon con otras 1335 mujeres que conformaron el grupo control.

Para llevar a cabo el estudio se adiestró a un grupo de 89 auxiliares en la atención de la salud para que identificaran síntomas depresivos entre las semanas seis y ocho después del parto, y para que proporcionaran sesiones de información psicológica basada en técnicas cognitivo-conductuales. Para la identificación de síntomas se aplicó la escala de Edinburgo de depresión postnatal y las sesiones fueron de una hora de duración, semanales y a lo largo de ocho semanas. A las mujeres del grupo control sólo se les proporcionó el seguimiento habitual. Después de seis meses el 34% de las mujeres en el grupo de intervención y el 46% en el grupo control tuvieron calificaciones mayores a 12 en la escala de Edinburgo (es decir, una mejoría parcial). Al final de 12 meses, esta calificación de la escala se encontró en el 12.4% del grupo de intervención y en el 16.7% del grupo control. Estos resultados muestran que una intervención de estas características aplicada en el momento oportuno fue clínicamente efectiva para mejorar las condiciones afectivas a lo largo de un año de seguimiento después del postparto.

(Carlos Berlanga; Asunción Lara Cantú)

Bibliografía

LOGSDON MC, WISNER K, HANUSA BH: Does maternal role functioning improve with antidepressant treatment in women with postpartum depression? *J Women's Health*, 18:85-90, 2009.
LEV-WIESEL R, CHEN R, SHIR DT y cols.: Past traumatic events: are they a risk factor for high-risk pregnancy, delivery complications, and postpartum posttraumatic Symptoms? *J Women's Health*, 18:119-125, 2009.
MORRELL CJ, SLADE P, WARNER R y cols.: Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomized trial in primary care. *BMJ* 2009; 338:a3045.

Educación Médica Continua
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
Programa marzo 2009

CURSOS PARA PSIQUIATRAS Y OTROS PROFESIONISTAS

Nombre del curso	Coordinación	Fechas	Modalidad
Genómica psiquiátrica, aplicaciones para la práctica clínica	Dr. Carlos Cruz Fuentes	Marzo 9 al 13	Presencial
Corrientes actuales de psicoterapia y su aplicación clínica	Dres. Armando Vázquez y Manuel Muñoz	Marzo 30 a Abril 3	Presencial

CURSOS PARA PERSONAL DE SALUD

Nombre del curso	Coordinación	Fechas	Modalidad
Psiquiatría Comunitaria	Dra. Shoshana Berenzon	Marzo 2 al 4	Presencial
Violencia sexual, de género y salud mental	Dra. Ma. de Lourdes García Dr. Alfredo Whaley	Marzo 23 al 27	Presencial

CURSOS DE INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Nombre del curso	Coordinación	Fechas	Modalidad
Intervenciones breves en Adicciones	Mtra. Marcela Tiburcio	Marzo 2 a Mayo 15	En línea

VIDEOCONFERENCIAS

Nombre del curso	Coordinación	Fechas	Hora
Discusión de un caso clínico	Dra. Martha Ontiveros	Marzo 4	10:00 a 11:30 a.m.
Estimulación magnética transcraneal en psiquiatría	Dr. Jorge González Olvera	Marzo 18	10:00 a 11:30 a.m.

Informes e inscripciones
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
Dirección de Enseñanza
Tel: 4160 5119, 4160 5118, 5160 5137

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Fundador
Dr. Ramón de la Fuente

Editor de la publicación
Dr. Carlos Berlanga

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

