

Cambios de la personalidad durante el tratamiento antidepresivo

■ El neuroticismo se refiere a aquellas características de la personalidad que manifiestan una tendencia a experimentar emociones negativas y a presentar inestabilidad emocional. La extraversión, por su parte, incluye manifestaciones tales como un alto nivel de socialización, dominancia y una tendencia a experimentar emociones positivas. Los resultados de algunos estudios clínicos con diseño longitudinal han mostrado en forma consistente que el neuroticismo predice tanto el inicio como la cronicidad del trastorno depresivo mayor (TDM). Se sabe además que tanto el neuroticismo como la extraversión poseen una moderada tendencia a ser heredables. Considerando esta tendencia se calcula que los factores genéticos determinan entre el 50% y el 60% de su varianza. Por lo tanto el neuroticismo parece reflejar lo que se considera como la vulnerabilidad genética del TDM.

A pesar de que existe mucha evidencia que asocian a estas características de la personalidad con el desarrollo del TDM, poco se ha investigado en relación a cómo éstas se modifican con el efecto de los antidepresivos, particularmente con los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS). Los pacientes tienden a referir que con los ISRS reaccionan menos al estrés, son menos sensibles al rechazo y se perciben como más vivaces. Cuando se documentan cambios en la personalidad durante un tratamiento con ISRS, éstos se asumen como un reflejo de lo que la depresión causa sobre la personalidad y que por consiguiente son modificables por el efecto farmacológico. En las etapas agudas del padecimiento, los pacientes se describen como más neuróticos y menos extrovertidos en comparación con su forma habitual de ser cuando están en las etapas intermórbidas o premórbidas. Esta información es consistente con la idea del efecto de «estado» que la depresión induce en las mediciones de la personalidad. La hipótesis del efecto de «estado» sostiene que los cambios en la personalidad observados durante el tratamiento con ISRS son sólo un cambio de dicho efecto: en la medida en que la depresión mejore el efecto de «estado» depresivo, estas característi-

cas declinarán y las evaluaciones de la personalidad cambiarán. Por lo tanto esta hipótesis relega a los cambios de la personalidad como resultados inespecíficos del tratamiento. La evidencia principal de esta hipótesis es el hallazgo de que estos cambios se correlacionan con la mejoría de la depresión generada por el tratamiento con ISRS.

Con la finalidad de comprobarla, un trabajo experimental determinó los cambios de la personalidad evaluados por los mismos sujetos en un ensayo clínico en individuos con TDM. Se incluyeron 240 pacientes a los cuales se les asignó, de manera aleatoria, a dos grupos. Uno recibió placebo durante 8 semanas ($n = 60$), paroxetina durante 16 semanas ($n = 120$), y el otro terapia cognitivo conductual por 16 semanas ($n = 60$). La otra mitad recibió un placebo. El objetivo principal fue determinar si los pacientes que recibieron medicación activa o terapia refirieron mayores cambios en los parámetros de neuroticismo y extraversión a las 8 semanas de tratamiento, en comparación con los que recibieron placebo. Debido a que muchos pacientes deprimidos mejoran con el placebo, los autores decidieron identificar si los cambios de la personalidad observados son debidos a la mejoría clínica o bien son producto directo del efecto de los tratamientos.

Al término del estudio se encontró que los pacientes que recibieron paroxetina manifestaron más cambios de personalidad que los que recibieron placebo. Esta dife-

Contenido

Cambios de la personalidad durante el tratamiento antidepresivo	13
¿Cuándo se debe cambiar la medicación antipsicótica ante la falta de mejoría?	14
Intervenciones de psicoterapia para el trastorno de la conducta alimentaria por atracón	15
Alternativas de tratamiento para el abuso y la dependencia a sustancias	16
Prevención de la declinación cognitiva en el adulto mayor. Ensayo clínico con Ginkgo biloba	17

rencia se mantuvo aun después de eliminar el efecto de la mejoría de la depresión (neuroticismo $p = 0.001$; extraversión $p = 0.002$). Quienes recibieron el ISRS tuvieron cambios 6.8 veces más en neuroticismo y 3.5 veces más en extraversión que quienes recibieron placebo, una vez que se les equiparó en cuanto a grado de mejoría del cuadro depresivo. Si bien muchos pacientes con placebo lograron una mejoría sustancial de la depresión, expresaron tener muy pocos cambios en los niveles de neuroticismo y extraversión. La terapia cognitiva produjo más cambios de personalidad que el placebo, pero esta diferencia no se sostuvo cuando se eliminó el factor de la recuperación del cuadro depresivo ($p = .14$). Finalmente la reducción del neuroticismo durante el tratamiento predijo menor incidencia de recaídas entre los que respondieron a la paroxetina pero no entre quienes recibieron la terapia cognitiva. Los resultados de este trabajo muestran que parece ser que la paroxetina (y tal vez el resto de los ISRS) tiene un efecto farmacológico específico sobre la personalidad y que ese efecto es independiente de su efecto sobre la depresión. Si estos resultados se confirman en estudios posteriores se podrá considerar entonces que estos antidepresivos tienen efectos sobre la personalidad que contribuyen al efecto global que tienen sobre los síntomas de los cuadros depresivos.

(Juan José Cervantes)

Bibliografía

TANG TZ, DERUBEIS RJ, HOLLON SD y cols.: Personality change during depression treatment. A placebo controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*, 66:1322-1330, 2009.

¿Cuándo se debe cambiar la medicación antipsicótica ante la falta de mejoría?

■ De acuerdo a la información proveniente de los resultados de un trabajo de investigación recientemente publicado, la mejoría temprana es un factor de predicción de la respuesta al tratamiento y de la remisión en la esquizofrenia. Los datos corresponden a un estudio de observación natural efectuado en una muestra de pacientes hospitalizados cuyos hallazgos corroboran los resultados de algunos ensayos clínicos previos. Las guías clínicas de tratamiento suelen recomendar que cuando se inicia un antipsicótico en las fases agudas de la esquizofrenia, si no se obtiene una respuesta se debe mantener éste algunas semanas antes de cambiar de fármaco. Sin embargo, algunos estudios han demostrado que la respuesta antipsicótica, si bien variable entre fármaco y fármaco, aparece durante las primeras semanas después de su inicio. El problema es que la información generada por muchos de estos estudios es producto de un re-análisis de los datos de ensayos clínicos abiertos o controlados con sujetos muy seleccionados y con esque-

mas rígidos de tratamiento. Por consiguiente es difícil determinar si estos resultados pueden generalizarse a otro tipo de escenarios clínicos.

En este trabajo, un total de 237 pacientes esquizofrénicos que se encontraban hospitalizados fue evaluado con la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) al momento de su ingreso y bisemanalmente durante su estancia, hasta el momento de su alta hospitalaria. La edad promedio de los sujetos fue de 34.5 años y en promedio tenían 10.3 años de padecer la enfermedad. El tiempo transcurrido de tratamiento hospitalario fluctuó entre 21 y 431 días y un tercio de la muestra presentaba su primer episodio psicótico. El 65% de los sujetos recibió antipsicóticos de primera generación, 55% de segunda generación, 55% benzodiacepinas, 8% estabilizadores del ánimo y 19% antidepresivos. Tanto los síntomas positivos y negativos como las manifestaciones psicopatológicas mejoraron en forma global desde su ingreso hasta la segunda semana y desde este punto hasta su egreso hospitalario. Con los datos obtenidos los autores efectuaron un análisis por medio de una curva ROC el cual mostró que una respuesta temprana (definida como una reducción sustancial de la calificación total en la escala PANSS dentro de las dos primeras semanas de tratamiento), predijo las condiciones de remisión (área bajo la curva = 0.659) y de respuesta (área bajo la curva = 0.737) identificadas ambas al momento del egreso hospitalario. No obstante, los investigadores consideran que en contraste con la validez predictiva de la respuesta, la capacidad discriminativa de la mejoría temprana para la predicción de la remisión no generó un valor razonable para considerarlo un parámetro clínico predictivo.

Una mejoría del 20% en la calificación total de la escala PANSS, después de dos semanas de tratamiento, fue el nivel de punto de corte más certero para la predicción de remisión al egreso. Este punto de corte mostró una certeza global del 76%, una sensibilidad del 47% y una especificidad del 90%. Su conclusión final es que el poder de discriminación de la mejoría temprana no parece exceder los valores de los modelos convencionales de predicción, los cuales se basan en el nivel de los síntomas psicopatológicos al iniciar un tratamiento con antipsicóticos. Los datos provenientes de este estudio enfatizan la necesidad de efectuar evaluaciones más amplias para determinar si en los pacientes que no responden en las primeras dos semanas de tratamiento está justificado el cambio de fármaco. El diseño de este estudio puede considerarse tanto como una limitación como una fortaleza. Un diseño de observación natural no permite que los efectos sean suficientemente controlados para diferenciar la participación de los tratamientos bien sean farmacológicos o psicológicos. Por otra parte, la muestra incluida y la medicación utilizada fueron muy heterogéneas, con pacientes con diversas etapas del desarrollo de la esquizofrenia y con distintos tipos de antipsicóticos. Por ejemplo, el 33% de los pacientes incluidos correspondieron a un primer episodio. Sin embargo, de acuerdo a las consideraciones de los autores, su objetivo fue reclutar a una muestra propositivamente no seleccionada y por lo tanto más representativa

de los pacientes que llegan habitualmente y de manera espontánea a recibir atención hospitalaria. Sin embargo, debido a esta condición (pacientes hospitalizados), no se puede concluir que sus resultados sean aplicables a los pacientes que se atienden en forma externa. Finalmente, si bien excluyeron a los pacientes con menos de 21 días de tratamiento, las diferencias en días de tratamiento intrahospitalario siguen siendo muy amplias (21 a 431 días). Todos estos factores deberán considerarse cuando los clínicos utilicen la información para su toma de decisiones. Además no hay que olvidar que la decisión de cambio de medicación se basa no sólo en el nivel de respuesta temprana, sino en otros parámetros agregados tales como la gravedad del cuadro, el riesgo potencial de no controlarlo y las experiencias de respuestas individuales en los tratamientos previos entre otros más.

(Rafael López Sánchez)

Bibliografía

JÄGER M, SCHMAUSS M, LAUX G y cols.: Early improvement as a predictor of remission and response in schizophrenia: results from a naturalistic study. *Eur Psychiatr*, 24:501-506, 2009.

Intervenciones de psicoterapia para el trastorno de la conducta alimentaria por atracón

■ El trastorno de conducta alimentaria por atracón se caracteriza por episodios recurrentes de consumo compulsivo de alimentos que se asocian con mucha frecuencia al desarrollo de obesidad mórbida y a problemas de salud concomitantes. Además es una entidad clínica que se presenta en comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y con diversos grados de disfunción psicosocial. Hay evidencia de que un buen número de tratamientos psicológicos son de utilidad para el manejo de esta condición clínica. Entre éstos se incluyen a la terapia cognitivo-conductual, a la terapia interpersonal, a la terapia conductual dialéctica y a la terapia conductual para perder peso. Si bien los tratamientos farmacológicos muestran efectividad para reducir la frecuencia de los atracones, parecen ser menos eficaces que las intervenciones de psicoterapia para el control del problema a largo plazo. Además no se ha observado que su uso en combinación con la terapia cognitivo-conductual mejore el grado de respuesta. Se calcula que este padecimiento afecta del 2% al 3% de la población, contribuyendo en forma importante a los problemas de salud pública relacionados con el sobrepeso. Con la finalidad de desarrollar tratamientos menos costosos y más sencillos de aplicar, varias investigaciones han encontrado que la terapia cognitivo-conductual y las técnicas de psicoeducación, administradas con formatos de

autoayuda o con formatos guiados por un terapeuta, han logrado mejorar a estos pacientes. En la mayoría de estos estudios las intervenciones de autoayuda se administraron en forma individual, sin embargo la mayor parte de las intervenciones psicoterapéuticas para el manejo de atracones se han llevado a cabo utilizando modalidades de grupo y aplicando técnicas cognitivo-conductuales. La administración de tratamientos de autoayuda en forma grupal tiene diversas ventajas: se reducen los costos, hay más probabilidades de diseminación amplia y más oportunidades de soporte interpersonal para los miembros del grupo. Los resultados preliminares de este grupo de investigadores evidenciaron que las intervenciones de auto-ayuda en la modalidad grupal fueron semejantes a las intervenciones dirigidas por un terapeuta y a las intervenciones cognitivo-conductuales de grupo guiadas, tanto al final de las intervenciones como al año de seguimiento. Por consiguiente, los autores se propusieron, en una siguiente etapa, comparar la eficacia entre dos intervenciones grupales: una guiada por un terapeuta y otra de auto-ayuda, para el control de atracones y de síntomas asociados.

El estudio consistió en una serie de intervenciones semanales durante 20 semanas; un total de 259 sujetos con trastorno por atracón fueron asignados aleatoriamente a una de las siguientes opciones: 1) grupo guiado por un terapeuta, 2) grupo asistido por un terapeuta, 3) grupo estructurado de auto-ayuda, o 4) lista de espera como grupo control. El promedio de sujetos en cada grupo fue de 6 y el 88% de la muestra estuvo conformado por mujeres. Los tratamientos con técnicas cognitivo-conductuales consistieron en 15 sesiones de 80 minutos de duración por sesión. Se excluyeron a los casos que presentaban psicosis, abuso de sustancias o que tenían alguna comorbilidad psiquiátrica o médica de importancia. Se incluyeron a pacientes que recibían antidepressivos pero que estaban en condiciones de estabilidad. El índice de masa corporal promedio para la muestra fue de 39.0. La abstinencia de atracones difirió notoriamente entre el grupo control y los grupos de terapia al final de las 20 semanas del estudio. La condición de mejoría se obtuvo en el 52% de los sujetos en el grupo guiado, en el 33% del grupo asistido, en el 18% del grupo de autoayuda y en el 10% del grupo control. Sin embargo, al año de seguimiento no hubo diferencias entre cada uno de los grupos de terapia pero sí se mantuvo entre éstos y los del grupo control. Tampoco hubo diferencias en cuanto a peso, depresión o calidad de vida.

Estos hallazgos confirman que el trastorno de alimentación por atracones es sensible a responder a los tratamientos de psicoterapia, sin embargo debido a su cronicidad es posible que requiera de tratamientos prolongados o de intervenciones sistemáticas que prevengan las recaídas. Ya que con todos los tratamientos se logró inicialmente la abstinencia a los atracones pero no con los del grupo control, los resultados también apoyan que las terapias de autoayuda pueden ser de beneficio en aquellos lugares en donde no se cuente con terapeutas para llevar a cabo los procedimientos. Los autores consideran que si bien las intervenciones no tuvieron impacto alguno sobre el peso corporal, esto no es sorprendente ya que la reducción

ponderal no fue un objetivo de los tratamientos. En este sentido, el lograr que estos pacientes pierdan peso y que mantengan esta reducción, requiere de otro tipo de enfoques y de otras alternativas que complementen el efecto de la eliminación de los atracones.

(Mónica del Río)

Bibliografía

PETERSON CB, MITCHELL JE, CROW SJ y cols.: The efficacy of self-help group treatment and therapist-led group treatments for binge eating disorder. *Am J Psychiatry*, 166:1347-1354, 2009.

Alternativas de tratamiento para el abuso y la dependencia a sustancias

■ El encontrar un tratamiento óptimo para los trastornos relacionados con el consumo de sustancias es una meta por alcanzar que generará beneficios tanto a los que las consumen como a la sociedad en general. De acuerdo a un buen número de estudios publicados, el consumo de sustancias ilegales se asocia directamente a problemas de violencia social y también empeora el pronóstico y aumenta las rehospitalizaciones de los pacientes con trastornos del ánimo. Además de estudiar los efectos de este problema en el campo de la salud individual y pública, en años recientes se han llevado a cabo trabajos de investigación básica y clínica para comprender mejor las alteraciones neurobiológicas que anteceden o que se generan con el consumo. Una serie de estudios ha demostrado que el consumo crónico de sustancias de abuso y de dependencia causa cambios progresivos en la expresión de genes en el cerebro. Tal como algunos investigadores lo postulan, las adicciones generan modificaciones en ciertos circuitos cerebrales produciendo cambios en las funciones ejecutivas y en los sistemas de recompensa, lo cual induce finalmente una conducta impulsiva de consumo. Por consiguiente las investigaciones dirigidas a los tratamientos han buscado opciones farmacológicas que modifiquen y regulen las alteraciones neurobiológicas mencionadas, y así mejoren las probabilidades de recuperación y de abstinencia. En este aspecto un fármaco candidato ha sido la prazosina. Este compuesto bloquea al receptor noradrenérgico alfa-1 con lo cual se reduce el flujo de este neurotransmisor en los lóbulos frontales; se ha utilizado con éxito para reducir las pesadillas de los pacientes con trastorno de estrés postraumático. Un estudio, si bien con un número reducido de pacientes, demostró que este compuesto redujo la frecuencia en el consumo de alcohol en sujetos dependientes, en comparación con el placebo. Por otra parte la naltrexona, un medicamento utilizado para el control del alcoholismo, demostró en un estudio que su uso reduce la apetencia por anfetaminas en sujetos con dicha dependencia. Este trabajo puso en evidencia que es

muy posible que muchas de las diferentes adicciones compartan un mecanismo neurobiológico común, en este caso correspondiendo a las neuronas dopaminérgicas que tienen receptores opioides en co-localización.

Bajo la hipótesis de que las «adicciones» a sustancias y a la comida afectan de manera similar a los sistemas mesolímbicos de recompensa, investigadores básicos han identificado posibles blancos terapéuticos para su tratamiento. La grelina, un péptido que se ha relacionado con la obesidad, incrementó, de acuerdo a los resultados de un estudio, la apetencia por el alcohol en ratones previamente adaptados a su consumo. Cuando se les administró una sustancia antagonista del péptido, la frecuencia de consumo se redujo. Otros investigadores han identificado una vía de señalización relacionada con la cinasa del factor de crecimiento que afecta la sensibilidad a los efectos del alcohol en la mosca de la fruta, por lo que proponen desarrollar fármacos que alteren la actividad de esta vía como un medio para reducir los efectos de esta sustancia. Sin embargo, es claro que la necesidad más imperiosa de búsqueda de opciones de tratamiento se debe dirigir a las adicciones más graves como sería el caso de la heroína. Un estudio reciente llevado a cabo en Canadá comparó los resultados de administrar heroína en forma parenteral con los del tratamiento tradicional de mantenimiento con metadona en sujetos dependientes. Sus resultados mostraron que la primera opción fue más efectiva pero, como se esperaba, no más segura. Este hallazgo mostró que administrar la heroína en condiciones de control puede mejorar el pronóstico en estos usuarios. Sin embargo, el costo de esta opción que reduce la morbi-mortalidad asociada a esta dependencia, la hace inoperable. Otro intento han sido los implantes quirúrgicos de naltrexona que liberan en forma controlada la sustancia. Un estudio comparativo con su administración oral demostró que las tasas de abstinencia son superiores con el implante. Con respecto a la adicción a la cocaína, aún no existen tratamientos farmacológicos aceptables. Por lo tanto, varios investigadores han optado por buscar alternativas de vacunación inmunológica. Después de 5 aplicaciones en un periodo de 12 semanas, un trabajo de investigación encontró que el 38% de los sujetos con adicción vacunados desarrollaron niveles adecuados de anticuerpos contra la cocaína. Estos sujetos mostraron periodos más largos de abstinencia y su consumo se redujo más en comparación con los que recibieron placebo.

Por otra parte, la falta de alternativas probadas ha facilitado el desarrollo de otras opciones a pesar de que su eficacia no ha sido suficientemente comprobada. Tal es el caso de la combinación de gabapentina y flumazenil. En el primer ensayo clínico controlado se encontró que fue superior al placebo para lograr la abstinencia de pacientes alcohólicos, pero esta diferencia sólo se encontró en aquellos sujetos con síntomas prominentes de supresión. Sin embargo, un estudio posterior mostró que la gabapentina en forma individual fue igualmente eficaz para dicho objetivo, lo cual pone en duda el posible beneficio de la combinación. No obstante, hay estudios de investigación básica que demuestran que el flumazenil invierte los cambios moleculares que se producen a nivel de los receptores con la tolerancia y supresión al alcohol.

Como se puede concluir de esta revisión, aún es prematuro el considerar que se cuenta con alternativas «biológicas» realmente eficaces para estos problemas, sin embargo, el mejor conocimiento de sus bases neurales repercutirá tarde o temprano en encontrar mejores alternativas terapéuticas. Además de los tratamientos farmacológicos, las alternativas psicológicas no deben dejarse a un lado. Es importante no soslayar que el desarrollo de problemas de adicción produce a su vez cambios y desajustes en el individuo que deberán abordarse desde un punto de vista psicoterapéutico. Existen, al igual que en la biología, múltiples hipótesis psicodinámicas que intentan explicar el inicio y mantenimiento de un problema adictivo.

(Laura Romans)

Bibliografía

ROSS S, PESELOW E: The neurobiology of addictive disorders. *Clin Neuropharmacol*, 32:269-276, 2009.

MARTELLBA, ORSON FM, POLING J y cols.: Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind placebo controlled efficacy trial. *Arch Gen Psychiatry*, 66:1116-1123, 2009.

Prevención de la declinación cognitiva en el adulto mayor. Ensayo clínico con Ginkgo biloba

■ El Ginkgo biloba (GB) es un compuesto farmacológico que se utiliza con gran frecuencia con la finalidad de mejorar, prevenir o retrasar el deterioro cognitivo que se asocia al avance de la edad y a los trastornos neurodegenerativos como es el caso de la enfermedad de Alzheimer. El estudio más amplio para evaluar la eficacia de este tratamiento ha sido el denominado «Estudio Ginkgo para la Evaluación de la Memoria (GEM)». Se trata de un ensayo clínico aleatorizado, doble-ciego y controlado con placebo para la prevención de la demencia. De acuerdo a sus resultados ya publicados, la administración de GB en dosis de 120 mg dos veces al día no demostró ser efectivo para reducir la incidencia de la enfermedad de Alzheimer en particular, ni para la de la demencia en general. A pesar de haber logrado resultados negativos, quienes estudian la eficacia de GB piensan que más que tener un efecto sobre estos padecimientos, el compuesto podría aportar beneficios terapéuticos más sutiles como por ejemplo el reducir la incidencia de los cambios cognitivos que se presentan en los adultos mayores. De manera particular, consideran que podría ser una alternativa eficaz para prevenir o retardar estos cambios en sujetos con condiciones cognitivas normales, o bien frenar el avance de la declinación en sujetos con alteraciones cognitivas moderadas (ACM). Previo a la realización de este trabajo no existían antecedentes de estudios anteriores encaminados a dilucidar el problema. En este estudio los autores presentan resultados adicionales del estudio GEM, efectuando un análisis secundario en el cual sólo tomaron en consideración los efectos del GB sobre la declinación cognitiva, excluyendo a

los casos de demencia. Los objetivos fueron: 1) determinar si el GB afectaba el curso del cambio cognitivo global, 2) determinar si tenía efectos diferenciales en algunas áreas cognitivas en particular, 3) examinar si el estado cognitivo basal, la presencia de alelos de APOE E4, la edad, el género, la etnia o el nivel educativo modifican cualquier efecto del compuesto en relación al cambio cognitivo. Para contar con una muestra homogénea se excluyeron a sujetos que tuvieran criterios clínicos de demencia de acuerdo al DSM IV, o una calificación mayor a 0.5 en la escala de evaluación clínica de la demencia (ECD). A todos los participantes se les dividió aleatoriamente en dos grupos: uno recibió GB en dosis de 120 mg dos veces al día, mientras que el otro recibió placebo en presentación idéntica a la del fármaco. Durante el primer año de seguimiento se les aplicó la versión modificada del examen breve del estado mental (MME) con intervalo de 6 meses, así como la subescala cognitiva de la escala de evaluación de la enfermedad de Alzheimer (EEA-cogn). Posteriormente la escala EAA-cogn les fue aplicada en forma anual. En caso de que algún sujeto no acudiera a valoración, los mismos instrumentos fueron aplicados vía telefónica.

La edad promedio de los sujetos al momento de ingresar al estudio fue de 79.1 años (el rango fue de 72-96 años). El 54% de los participantes fue de sexo masculino y, en relación a la etnia, 95.5% fueron blancos (n = 2930), 2.9% afro-americanos (n= 90), 0.9% asiáticos (n= 28), y 0.7% de otros orígenes (n=21). Ambos grupos fueron similares en nivel educativo, edad, origen racial y distribución por género. Tampoco hubo diferencias en el status basal de nivel cognitivo o de APOEE4.

En la valoración inicial, el grupo que recibió el placebo tuvo un mejor desempeño que el que recibió GB en la Prueba de Aprendizaje Verbal de California (P = .04), en el diseño de bloques del WAIS-R (P = .007) y en la prueba de interferencia de Stroop (P = .02). En el resto de las valoraciones neuropsicológicas, en el MME y en el EEA-cogn no hubo diferencias entre los grupos de tratamiento.

Considerando el status cognitivo basal, no se observaron modificaciones significativas con la utilización de GB. Esto sugiere que el fármaco no tuvo un efecto positivo ni para mejorar las alteraciones sutiles de cognición identificadas al inicio y que se asocian con los pródromos de demencia, ni para incidir favorablemente sobre los cambios en la cognición que se asocian al envejecimiento normal. Para comprobar con mayor especificidad estos resultados, los autores hicieron posteriormente un análisis alternativo en el que se excluyeron a los sujetos que al inicio tenían manifestaciones de demencia temprana o de pródromos y que finalizaron el periodo de seguimiento. Los resultados de este análisis indicaron que el recibir GB durante 3 o 4 años, antes de tener cualquier tipo de manifestación de declinación cognitiva importante, no modificó el curso de declinación cognitiva en los años subsecuentes. En conclusión, no se encontró evidencia de que el GB reduzca el avance de la declinación cognitiva de adultos mayores. Estos resultados son consistentes con los obtenidos en otros estudios similares pero con menos sujetos y menos tiempo de seguimiento, por lo que, contrariamente a lo que habitualmente se cree, no se recomienda como una alternativa de utilidad terapéutica.

(Ingrid Vargas)

Bibliografía

SNITZ BE, O'MEARA ES, CARLSON MC y cols.: Ginkgo biloba for preventing cognitive decline in older adults: a randomized trial. *JAMA*, 302 (24):2663-2670, 2009.

EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
Programa MARZO-ABRIL 2010

CURSOS PARA PSIQUIATRAS Y OTROS PROFESIONISTAS

Nombre del curso	Coordinación	Fechas	Modalidad
Genómica psiquiátrica del conocimiento básico a la aplicación clínica	Dr. Carlos Cruz Fuentes Dr. Josué Vázquez Medina	Marzo 1 a 5	Presencial
Violencia sexual, de género y salud mental	Dra. Ma. de Lourdes García Dr. Alfredo Whaley	Abril 12 al 16	Presencial
Trastorno Obsesivo-Compulsivo y trastornos del espectro obsesivo	Dra. Cristina Loyzaga Luis Vargas	Abril 19 a 23	Presencial
Trastorno de pánico: Evaluación, diagnóstico y tratamiento	Dra. Patricia Campos Coy	Abril 26 a 28	Presencial

CURSOS DE INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Nombre del curso	Coordinación	Fechas	Modalidad
Familia y adicciones. Apoyo para las familias que enfrentan el consumo de alcohol y drogas	Dra. Guillermina Natera Rey	Abr. 12 a May. 14	En línea

CURSOS DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

Nombre del curso	Coordinación	Fechas	Modalidad
Curso de Inducción	Ing. Margarita Monter	Abril 5 a 16	En línea
Diplomado: Salud mental del niño y del adolescente en el contexto familiar	Dr. Fernando Leyva	Inicio Abril 26	En línea
Diplomado: Introducción a la psiquiatría	Dra. Mónica Flores	Inicio Abril 26	En línea

VIDEOCONFERENCIAS

Nombre del curso	Coordinación	Fechas	Horario
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	Dra. Cristina Loyzaga	Marzo 3	10:00 a 11:30 a.m.
Violencia sexual y salud mental	Dra. Ma. de Lourdes García Dr. Alfredo Whaley	Marzo 17	10:00 a 11:30 a.m.
Tópicos de la salud mental en el género masculino	Dr. Alfredo Whaley	Abril 7	10:00 a 11:30 a.m.
Fibromialgia: Más allá del dolor corporal	Dra. Ma. Isabel Barrera V.	Abril 21	10:00 a 11:30 a.m.

MAYORES INFORMES

Dirección de Enseñanza
Psic. Dulce Mejía. Tel: 4160 5421
difusión@imp.edu.mx / inprfm@gmail.com

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

