



Información

Clínica

Volumen 21

Número 8

Agosto 2010

Recomendaciones para el tratamiento integral de la esquizofrenia

■ En el año de 1992 se creó, en el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de Norteamérica, un grupo de trabajo denominado PORT (Schizophrenia Patient Outcomes Research Team). Su creación tuvo como objetivo evaluar y definir los lineamientos óptimos para el tratamiento integral de la esquizofrenia. Fue uno de catorce grupos conformados por iniciativa gubernamental con la finalidad de generar información adecuada para el tratamiento de las condiciones médicas en general y psiquiátricas en particular más comunes en la población general. Sus primeros resultados fueron publicados en el año 2003 y es hasta ahora cuando aparecen las recomendaciones actualizadas para el manejo farmacológico y psicosocial de este grupo de padecimientos. De manera particular se presentan lineamientos que abordan aspectos relacionados con el tratamiento de la enfermedad, así como con respecto al tabaquismo y la ganancia de peso que se presentan en muchos de los pacientes con esquizofrenia.

Los miembros del grupo consideraron necesario aclarar que su evaluación ha tomado tiempo ya que el desarrollo de la tecnología para tratar a la esquizofrenia ha avanzado en forma vertiginosa. Además de la publicación de los grandes ensayos clínicos que han comparado la eficacia de los antipsicóticos de primera y segunda generación (CATIE, CUtLASS), agregaron información adicional relativa a las alteraciones neuro-cognitivas, a las condiciones médicas y psiquiátricas asociadas al padecimiento así como información relacionada con las psicosis de inicio reciente. Por estas razones es necesario tomar en cuenta que las bases que sustentan la evidencia para generar recomendaciones terapéuticas, cambian en forma continua y deben, por lo tanto, ser revisadas constantemente. Comentan que si bien el objetivo ha sido proporcionar a los clínicos el mejor nivel de evidencia para las recomendaciones terapéuticas, es indispensable tomar en cuenta que existe aún en muchos escenarios clínicos un gran trecho entre lo idealmente recomendado y el acceso real a las opciones de tratamiento.

El grupo generó ocho recomendaciones de tratamiento psicosocial que deben ser agregadas a la farmacoterapia.

Estas incluyen: tratamiento asertivo proporcionado en la comunidad, empleo protegido, terapia cognitivo-conductual, atención a la familia, economía de estímulos, desarrollo de habilidades, intervenciones psicosociales para los trastornos de abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, e intervenciones para el control y manejo del incremento de peso corporal. Otras áreas que consideran importantes pero que no tienen suficiente sustento para colocarlas como recomendaciones son: adherencia terapéutica, recuperación cognitiva, y tratamientos psicosociales para la esquizofrenia de inicio reciente. Por primera ocasión el grupo PORT revisa la información relativa al tratamiento de la dependencia al alcohol y a las sustancias psicoactivas, además de considerar los ensayos clínicos controlados tanto en la administración de tratamiento como en la identificación de la eficacia de intervenciones específicas. Recomiendan que aquellos pacientes con problemas de dependencia en comorbilidad sean tratados de manera específica con los procedimientos habituales para el manejo de estos problemas. Los puntos fundamentales del manejo deben incluir: aumento de la motivación y estrategias conductuales enfocadas al compromiso con el tratamiento, al desarrollo de habilidades de control, a la prevención de recaídas y a su aplicación en el modelo global de atención de salud mental. Una nueva recomendación agregada al manejo psicosocial es el control y vigilancia del aumento de peso. Este aspecto

Contenido

Recomendaciones para el tratamiento integral de la esquizofrenia	43
Antipsicóticos y desarrollo de diabetes	44
Prevalencia de la migraña en el trastorno bipolar	44
Recuperación y estabilización en el trastorno de personalidad límite	45
Consumo de alcohol en adolescentes y efectos cerebrales a largo plazo	46
El litio tiene efectos neurotróficos sobre la corteza cerebral	46
Interacción entre inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y tamoxifeno	47

ha cobrado una importancia fundamental desde la aparición de los antipsicóticos de segunda generación debido a su relación con el desarrollo del síndrome metabólico. Se recomienda que a los esquizofrénicos con sobrepeso (índice de masa corporal entre 25.0 y 29.9) o con obesidad (índice de masa corporal > 30), se les debe ofrecer una intervención psicosocial para perder peso durante al menos tres meses. Esta intervención debe incluir asesoría nutricional, control conductual de ingesta de alimentos, definición de metas a lograr, vigilancia del peso y monitoreo cotidiano de ingesta de alimentos y de actividad física.

Con respecto a las recomendaciones psicofarmacológicas, once de ellas son revisiones de recomendaciones pasadas y cinco son nuevas. Además, fueron eliminadas tres recomendaciones previas. Revisaron además 13 tratamientos adicionales pero que tenían evidencia insuficiente para la elaboración de recomendaciones. Las cinco nuevas recomendaciones fueron: la combinación de estrategias farmacológicas y psicosociales para dejar de fumar, el tratamiento del primer episodio de esquizofrenia, el monitoreo de niveles de clozapina, el tratamiento antipsicótico agudo del estado de agitación y la estimulación magnética transcraneal repetitiva para el tratamiento a corto plazo de las alucinaciones auditivas refractarias. Finalmente consideran que si bien hubo un adecuado consenso para la formulación de las recomendaciones, un área con limitaciones es la relacionada con los rangos de dosis de los medicamentos. Principalmente encontraron problemas para determinar el nivel superior del rango ya que en este aspecto no encontraron suficiente información bibliográfica, por lo que los datos muestran una variación muy amplia. Por lo tanto el grupo recomienda rangos de dosis pero con la aclaración de que deben tomarse como guías exclusivamente. No recomiendan evitar el manejo de dosis fuera de los rangos pero sí tomar en cuenta de que si se hace, la decisión deberá sustentarse de manera racional.

(Rafael López Sanchez)

Bibliografía

BUCHANAN RW, KREYENBUHL J, KELLY DL y cols.: The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull*, 36:71-93, 2010.
DIXON LB, DICKERSON F, BELLACK AS y cols.: The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull*, 36:48-70, 2010.

Antipsicóticos y desarrollo de diabetes

■ Se ha descrito que la diabetes *mellitus* ocurre con mayor frecuencia entre los pacientes esquizofrénicos que entre la población general. Las causas de este riesgo elevado no se conocen con toda exactitud. Por otra parte, no se había valorado este riesgo en pacientes esquizofrénicos que recibirían antipsicóticos por primera vez. Los autores de este trabajo tuvieron como objetivo determinar cuáles antipsicóti-

cos se asocian a un riesgo elevado de diabetes cuando se prescriben a pacientes vírgenes a este tipo de fármacos.

Se reclutó a un grupo de sujetos diagnosticados con esquizofrenia entre los años 1997 y 2003. Todos tuvieron un seguimiento de al menos tres años consecutivos, a menos que fallecieran o que se estableciera el diagnóstico de diabetes. Se determinaron los factores de riesgo presentes en el momento de la aparición de la diabetes para evaluar la relación entre tiempo de tratamiento y aparición del trastorno. Estos incluyeron: el tipo de antipsicótico administrado por al menos 180 días consecutivos y la dosis diaria durante el primer año de tratamiento. Además se determinaron los factores de riesgo para la incidencia de diabetes. Entre éstos se tomó en cuenta el tipo de antipsicótico prescrito durante los tres meses previos a la instalación de la diabetes.

Un total de 7139 pacientes fue evaluado a lo largo de 6.6 años en promedio. Del total, 307 presentaron diabetes lo cual representa una incidencia anual del 0.65%. El tiempo entre el inicio del tratamiento y la aparición de la diabetes fue significativamente más corto en los pacientes de edad avanzada y en aquellos cuyo tratamiento inicial fue con olanzapina. También se encontró que otros factores de incremento de este riesgo fueron el uso de antipsicóticos típicos de potencia media, la administración de antihipertensivos o de medicamentos para tratar las dislipidemias.

Con respecto a los factores asociados al desarrollo de diabetes dentro de los tres primeros meses de tratamiento se incluyeron el uso de antipsicóticos típicos de baja potencia, de olanzapina y de clozapina. Por el contrario, la administración de aripiprazol se asoció a un riesgo bajo de desarrollo de diabetes.

Este trabajo pone en evidencia que, además de los factores de riesgo habituales para el desarrollo de diabetes tales como la edad, la hipertensión y la dislipidemia, en los pacientes esquizofrénicos que reciben tratamiento por primera vez el uso de olanzapina y de antipsicóticos atípicos de potencia media incrementan el riesgo. También incrementan el riesgo la administración de antipsicóticos típicos de potencia baja y de clozapina, mientras que el aripiprazol no sólo no incrementa el riesgo sino que lo reduce. Los resultados de este interesante trabajo deberán servir al clínico para seleccionar el antipsicótico más adecuado en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia.

(Juan José Cervantes Navarrete)

Bibliografía

NIELSEN J, SKADHEDE S, CORRELL CU: Antipsychotics associated with the development of type 2 diabetes in antipsychotic-naïve schizophrenia patients. *Neuropsychopharmacol*, 35:1997-2004, 2010.

Prevalencia de la migraña en el trastorno bipolar

■ De acuerdo a un estudio recientemente publicado, cerca de la cuarta parte de los pacientes con trastorno bipolar

tienen episodios migrañosos. Además, los autores establecen que quienes los tienen presentan mayores tasas de conducta suicida, de trastornos de ansiedad y de trastornos obsesivo-compulsivos. Por otra parte, al hacer un análisis adicional con sus datos encontraron que los sujetos con migraña tienen una prevalencia del trastorno afectivo del 6.35%, lo cual es una cifra elevada ya que en la población general esta prevalencia se encuentra alrededor del 1%. Si bien no se puede determinar aún si la asociación entre estos padecimientos es de tipo causal, el estudiar su presencia simultánea ayuda a comprender mejor las etiologías subyacentes de ambos. Se han realizado algunos estudios genéticos que muestran que estas enfermedades comparten algunos genes de susceptibilidad para el desarrollo de sus condiciones clínicas. Por otra parte, se postula que tanto el trastorno bipolar como la migraña presentan cambios neurobiológicos en común, como serían las alteraciones en el funcionamiento de los canales de sodio y de calcio de la membrana neuronal.

Los autores de este estudio reclutaron una muestra de 204 pacientes con el diagnóstico de trastorno bipolar tipo I, 92 con tipo II y 27 con el diagnóstico de trastorno bipolar inespecífico. Todos los diagnósticos se establecieron de acuerdo a los criterios de clasificación del DSM-IV TR. La presencia y los antecedentes de migraña se evaluaron por medio de la aplicación de un cuestionario estructurado específico. Del total de los sujetos incluidos, en el 24.5% se determinó la presencia de migraña en comorbilidad. Los bipolares subtipo II fueron los que presentaron la prevalencia más alta: 34.8%, mientras que la prevalencia en el subtipo I fue de 19.1%. Se encontró que los bipolares con migraña, al compararlos con quienes no la sufrían, tuvieron tasas más elevadas de conducta suicida, de fobia social, de trastorno de pánico, de trastorno de ansiedad generalizada y de trastorno obsesivo compulsivo. Por ejemplo, el 40% de los bipolares con migraña manifestaron antecedentes de intentos de suicidio; estos antecedentes estuvieron presentes en los bipolares sin migraña sólo en el 27% de los sujetos. Al efectuar un análisis secundario de los datos el grupo de investigadores valoró a 102 sujetos con migraña sin trastorno bipolar, obteniendo esta muestra de una clínica especializada en el diagnóstico y tratamiento de la migraña. Encontraron que el 73.5% de los pacientes evaluados había tenido al menos un diagnóstico psiquiátrico a lo largo de la vida. De éstos, el 4.9% fueron bipolares I y el 7.8% bipolares II.

Esta información tiene repercusiones importantes que deben ser tomadas en cuenta por aquellos clínicos que manejan a pacientes bipolares. Por una parte muestran que es necesario vigilar y evaluar la presencia de migraña en estos pacientes lo cual muchas veces no se detecta; por otra parte, es posible que estos pacientes tengan diferencias con respecto a su evolución y a su respuesta a los tratamientos.

(Francisco Romo Nava)

Bibliografía

ORTIZ A, CERVANTES P, ZLOTNIK G y cols.: Cross-prevalence of migraine and bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 12:397-403, 2010.

Recuperación y estabilización en el trastorno de personalidad limítrofe

■ El trastorno de personalidad limítrofe es, sin duda, una de las condiciones clínicas más difíciles de resolver dentro de los trastornos de la personalidad. Por lo general estos sujetos presentan sólo periodos breves de recuperación parcial por lo que requieren atención prolongada y del uso de múltiples alternativas de tratamiento. A pesar de estas limitaciones para solucionarlo, poco se ha estudiado en relación a la evolución que tienen estos sujetos a largo plazo. En la década de 1980 aparecieron cuatro estudios que evaluaron la evolución de estos pacientes a lo largo de los 15 años posteriores a haber sido diagnosticados con el trastorno. Sus resultados fueron moderadamente alentadores en el sentido que mostraban que la mayoría de los pacientes, después de este tiempo, presentaban una mejoría razonable. En la siguiente década se inició otro estudio con estos objetivos: el estudio McLean sobre trastornos de la personalidad. Después de dos años de seguimiento se concluyó que la recuperación de estos pacientes es limitada. En este estudio, que es una extensión del de Mclean, los autores determinaron el tiempo que se requiere para lograr un estado de recuperación en el trastorno limítrofe y la duración y estabilidad de tal recuperación.

El estudio incluyó un total de 290 pacientes hospitalizados con el diagnóstico de trastorno de la personalidad limítrofe. El diagnóstico se estableció de acuerdo a los criterios prevalentes y por medio de la aplicación de una entrevista clínica semi-estructurada. Además incluyeron la aplicación de cuestionarios autoaplicables. Estos mismos instrumentos clínicos fueron aplicados cada dos años durante un periodo total de seguimiento de 10 años. Durante el periodo de seguimiento el 50% de los sujetos alcanzaron la condición de recuperación del trastorno, es decir, no reunían más los criterios del diagnóstico. Además la condición de recuperación se definió como la ausencia de síntomas y la presencia de un adecuado funcionamiento social y vocacional durante al menos los dos años previos. Del total, 93% logró la remisión durante al menos dos años, mientras que el 86% la alcanzó durante al menos cuatro. Al final del seguimiento del total que obtuvo la condición de recuperación, el 34% la perdió. Entre los que mantuvieron la recuperación por dos años, un 30% tuvo una recurrencia, mientras que de los que mantuvieron una recuperación sostenida sólo el 15% la presentó.

Los autores concluyen que sus resultados sugieren que la recuperación sintomática y funcional de estos pacientes es una meta difícil de alcanzar para muchos de ellos. Los resultados también sugieren que, una vez obtenida, esa recuperación es difícil de mantener. También se desprende de estos resultados que muchos pacientes limítrofes pueden alcanzar la remisión sintomática pero siguen manteniendo un pobre desempeño psicosocial. Este últi-

mo aspecto deberá alertar a los clínicos que atienden estos casos para implementar los modelos de rehabilitación funcional dentro del esquema general de tratamiento. Estos modelos ayudan a los pacientes a superar sus deficiencias funcionales en ámbitos familiares, sociales y laborales. El lograrlo incrementaría la seguridad de que los síntomas ya remitidos se mantengan en esa condición de manera permanente.

(Mónica del Río)

Bibliografía

ZANARINI MC, FRANKENBUR FR, BRADFORD REICH D y cols.: Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry*, 167:663-667,2010.

Consumo de alcohol en adolescentes y efectos cerebrales a largo plazo

■ Un estudio llevado a cabo en primates no humanos durante la etapa de la adolescencia revela que el consumo de alcohol puede generar a largo plazo efectos neurodegenerativos aun después de dejar de hacerlo. Los autores proponen este modelo para estudiar con mayor profundidad los efectos del alcohol en humanos en esta etapa de la vida. De acuerdo a los datos de algunos estudios epidemiológicos, se considera que los adolescentes que consumen alcohol tienen de 2.3 a 3.0 más probabilidades de continuar con el consumo en la década de los años treinta de la vida, en comparación de quienes no lo consumen en la adolescencia. Una pregunta que ha surgido al respecto es la siguiente: ¿el consumo de alcohol durante la adolescencia, cuando el cerebro es particularmente plástico, afecta su desarrollo y maduración posterior? Con la finalidad de buscar una respuesta los autores de este trabajo examinaron los procesos de neurogénesis posteriores a la exposición al alcohol en un grupo de macacos. El modelo tiene la ventaja de que estos primates tienen una morfología del hipocampo muy similar a la del hombre.

Se seleccionó un grupo de siete macacos cuya edad era de 4 a 5 años, lo cual equivale a la etapa humana de entre los 12 y 15 años de edad. Para identificar a los monos con propensión a consumir en exceso y diferenciarlos de quienes consumen en forma moderada, los expusieron a concentraciones progresivamente mayores de alcohol diluidos en otra bebida. Una vez establecidos los niveles de preferencia al consumo, los que tenían una preferencia elevada recibieron la bebida alcohólica en un total de 200 sesiones de una hora de duración y a lo largo de 11 meses consecutivos. El grupo con el menor nivel de preferencia no fue expuesto al alcohol. Después de 11 meses el alcohol fue suspendido progresivamente en el curso de 8 a 10 semanas, después de lo cual se sacrificó a los animales. Se procedió subsecuentemente a contabilizar los diferen-

tes tipos de células progenitoras en el área subgranular del giro dentado del hipocampo. Encontraron que en comparación con los que no consumieron alcohol, los que sí lo hicieron tenían un número significativamente menor de células neurales progenitoras. No encontraron diferencias en otro tipo de células. Además encontraron que los cambios de apoptosis en el hipocampo fueron similares en los grupos, pero la neurodegeneración no apoptótica fue significativamente mayor en los sujetos con consumo.

Estos datos reflejan que hay evidencia de cambios morfológicos aun después de la suspensión del consumo de alcohol en una especie evolutivamente similar al humano. Estos hallazgos, si bien son producto de un estudio experimental con animales, tienen una importancia fundamental en el campo de la salud pública. Debido a que los adolescentes presentan con mucha frecuencia patrones de consumo de alcohol riesgosos, ante esta evidencia se puede considerar imperativo desarrollar e implementar estrategias educativas sobre el gran riesgo que existe de producir daños cerebrales persistentes. También se debe considerar como recomendable que aquellos clínicos que atiendan a adolescentes, incluyan estas recomendaciones como parte integral del tratamiento médico.

(Carlos Berlanga)

Bibliografía

TAFTE MA, KOTZEBUE RW, CREAM RD y cols.: Long-lasting reduction in hippocampal neurogenesis by alcohol consumption in adolescent nonhuman primates. *Proc Natl Acad Sci USA*, 107:11104-11109, 2010.

El litio tiene efectos neurotróficos sobre la corteza cerebral

■ El mecanismo farmacológico del efecto terapéutico del litio sigue siendo insuficientemente conocido. Sin embargo, día a día aparece nueva información sobre posibles efectos que su uso induce sobre la morfología y el funcionamiento de distintas áreas del cerebro. Una multitud de estudios preclínicos han sugerido que el litio puede producir efectos neurotróficos que contrarrestan a los procesos patológicos de los cerebros de pacientes con trastorno bipolar. Un grupo de investigadores llevó a cabo un estudio comparativo entre sujetos sanos y pacientes bipolares, con el objetivo de describir y comparar el efecto del litio y el valproato sobre el curso y la magnitud de los cambios de volumen de la sustancia gris del cerebro. Adicionalmente, evaluaron el impacto de estos cambios sobre las condiciones clínicas de los pacientes. Diseñaron un estudio longitudinal que incluyó la toma de imágenes cerebrales y evaluaciones clínicas repetidas a lo largo del tiempo. Incluyeron a 22 pacientes diagnosticados con trastorno bipolar y vírgenes al tratamiento farmacológico con estabilizadores y antipsicóticos. Una vez evaluados en sus condiciones basales, los asignaron aleatoriamente a recibir litio o valproato. El grupo com-

parativo se conformó con 14 sujetos sanos libres de cualquier psicofármaco durante todo el estudio.

El análisis de los datos obtenidos a partir de 93 resonancias magnéticas seriadas, reveló que el litio generó un crecimiento inducido del volumen de la sustancia gris, el cual llegó a su nivel pico entre las semanas 10 y 12 de tratamiento, manteniéndose asimismo hasta el final de la semana 16. El incremento se asoció además a una respuesta clínica favorable. En contraste, los pacientes bipolares tratados con valproato y los sujetos sanos no mostraron cambios volumétricos a lo largo del tiempo. Estos resultados muestran que el litio induce incrementos sostenidos del volumen cerebral a partir de la sustancia gris y que estos cambios se correlacionan positivamente con la respuesta clínica.

La información proveniente de este estudio es de gran relevancia para comprender mejor la fisiopatología del trastorno bipolar y el mecanismo de acción por medio del cual los fármacos logran su efecto terapéutico. Sin embargo, estos datos deben considerarse como preliminares y deberán estar sujetos a comparaciones posteriores con estudios que incluyan a un número mayor de pacientes y con seguimiento por periodos de tiempo mayores. También se deberá agregar información sobre estos cambios en pacientes que ya hayan recibido previamente litio sin obtener una respuesta adecuada. Finalmente, sería de gran interés si este enfoque pudiese tener relevancia para identificar a aquellos pacientes bipolares en los que se pudiera anticipar una respuesta favorable a este medicamento.

(Josué Vázquez)

Bibliografía

LYOO IK, DAGER SR, KIM JE y cols.: Lithium-induced gray matter volume increase as a neural correlate of treatment response in bipolar disorder: a longitudinal brain imaging study. *Neuropsychopharmacol*, 35: 1743-1750, 2010.

Interacción entre inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y tamoxifeno

■ El riesgo de recurrencia de cáncer mamario por reducción de la efectividad del tamoxifeno que se produce con la combinación de algunos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) fue evaluada en dos recientes estudios epidemiológicos. La interacción farmacológica se describió en una revisión sobre el tema que apareció a fines del año pasado. Esta revisión presentó datos que hacían referencia sobre el uso frecuente de antidepresivos en mujeres en tratamiento por cáncer mamario. De acuerdo a la información obtenida, del 20 al 30% de estas pacientes reciben antidepresivos bien sea para tratar los síntomas afectivos o bien para reducir los efectos vasomotores inducidos por las terapias anti-estrogénicas. La interacción ocurre

debido a que el antidepresivo inhibe a la enzima subtipo 2D6 del citocromo P450 (CYP2D6), lo cual interfiere con la conversión metabólica del tamoxifeno a uno de sus metabolitos más activos: el 4-hidroxitamoxifen. Por consiguiente, el riesgo de recurrencias del cáncer se incrementa en estas mujeres debido a la inhibición de CYP2D6.

En un estudio de cohorte poblacional llevado a cabo en Toronto y que incluyó a 2430 mujeres que recibían tamoxifeno y un ISRS, se determinó el riesgo de recurrencia y muerte por cáncer de mama durante un seguimiento por un periodo de 2.38 años en promedio. Los ISRS incluidos fueron paroxetina, fluoxetina, sertralina, citalopram, fluvoxamina y venlafaxina. De éstos, sólo la paroxetina, que es un inhibidor irreversible del CYP2D6, se asoció a un incremento del riesgo. A pesar de que la fluoxetina y sus metabolitos son también potentes inhibidores de CYP2D6, el estudio no encontró un incremento del riesgo de recaída o muerte en las mujeres que lo recibieron. Sin embargo, consideran que estos resultados pudieron deberse a que el número de pacientes que tomaron este ISRS fue proporcionalmente menor por lo que no se puede concluir que la fluoxetina no aumente el riesgo.

Un segundo estudio evaluó el riesgo de aumento de recaídas del cáncer en mujeres que recibían tamoxifeno y que además tuvieron tratamiento con citalopram. El fundamento de este estudio fue que tanto el citalopram como la venlafaxina se han considerado como los ISRS más seguros para estas pacientes ya que tienen muy poca actividad sobre el CYP2D6. El estudio se llevó a cabo en Dinamarca durante un periodo de seguimiento de 10 años. No se encontró que el citalopram incrementara el riesgo de recurrencia del cáncer, sin embargo también encontraron una ausencia de asociación con otros ISRS. Los autores argumentan que estos resultados podrían deberse a que la población incluida en el estudio fue limitada y que las dosis y tiempos de duración del tamoxifeno fueron muy variables. Además el tamaño de la muestra para cada antidepresivo fue insuficiente y no se contó con evidencia de apego a los tratamientos.

Otra explicación adicional para comprender las diferencias encontradas en los estudios es que es posible que la reducción de las concentraciones plasmáticas del tamoxifeno y sus metabolitos inducida por los ISRS no sea suficiente como para reducir su efectividad. Debido a que no se ha podido distinguir la eficacia del tamoxifeno a diferentes dosis, los investigadores consideran que una reducción de su concentración a un tercio podría tener muy pocas consecuencias sobre su eficacia. No obstante, ante la discrepancia, su recomendación es que el citalopram deberá ser el ISRS de elección cuando se trate a una paciente con cáncer mamario que reciba tamoxifeno.

(Margarita Horta Carrillo)

Bibliografía

DESMARAIS JE, LOOPER KJ: Interactions between tamoxifen and antidepressants via cytochrome P450 2D6. *J Clin Psychiat*, 70:1688-1697, 2009.

KELLY CM, JUURLINK DN, GOMES T y cols.: Selective serotonin reuptake inhibitors and breast cancer mortality in women receiving tamoxifen: a population based cohort study. *BMJ*, 2010; 340:c693. doi:10.1136/bmj.c693.

EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Programa SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2010

Nombre del curso	Coordinación	Fechas
• ¡Nuevo! Bioética y salud mental	Dra. Liliana Mondragón	Sep. 1 al 3
• Envejecimiento y salud mental	Dr. Oscar Ugalde	Sep. 1
• Intervención del equipo de salud mental en el manejo de las experiencias traumáticas	Dra. Martha Ontiveros Dr. Ilyamin Merlin	Sep. 6 al 8
• Prevención de adicciones en el trabajo	Lic. Silvia Carreño	Sep. 6 a Oct. 8
• El Manejo del suicidio en el primer nivel de atención	Dr. Héctor Senties Castellá	Sep. 22
• Trastornos psiquiátricos en el embarazo y en el postparto	Dra. Lourdes García F. Dr. Alfredo Whaley	Sep. 20 al 24
• Curso – Taller de Electroencefalografía, Mapeo Cerebral y Polisomnigrafía en Neuropsiquiatría (Cupo máximo 20 personas)	Dr. Mario Ulises Ávila Dr. Alejandro Jiménez	Sep. 27 al 29
• Adolescentes, salud mental y adicciones. Adolescencia, trastornos externalizados y adicciones	Dra. Liz Sosa	Sep. 1o. al 30
• Organizando una intervención a favor de la subsistencia infantil en las calles	Lic. Rafael Gutiérrez/Lic. Leticia Vega	Ago. 30 - Oct. 1o.
• Violencia hacia la población infantil y adolescente desde la perspectiva de los derechos humanos y la salud: por una convivencia sin violencia... (Una sesión semanal el día miércoles, cuatro horas.)	Lic. Teresa Saltijeral Dra. Luciana Ramos Mtro. Raúl Zúñiga Silva	Sep. 1o., 2010 a Jun. 30, 2011
• ¡Nuevo! Envejecimiento y salud mental	Dr. Oscar Ugalde	Oct. 4 al 8
• El estrés y el cerebro	Dr. Jorge González Olvera	Oct. 6
• El Manejo del suicidio en el primer nivel de atención	Dr. Héctor Senties Dr. Alejandro Molina	Oct. 11 al 15
• Abordaje interdisciplinario de los problemas por el consumo de alcohol	Dra. Rosa Díaz Martínez	Oct. 18 al 22
• Psicopatología Dual	Dr. Ricardo Nanni	Oct. 20
• Introducción a la Tanatología	Dr. Ismael Aguilar / Dra. Ana Fresán	Oct 25 al 29

MAYORES INFORMES
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

