

### El papel de la dieta en el trastorno por déficit de la atención

■ Un cierto número de trabajos de investigación han evaluado la posible participación etiológica de la dieta y de las inmunoglobulinas en el trastorno por déficit de la atención con hiperactividad. En un estudio reciente, un grupo de investigadores comparó dos tipos diferentes de dieta en niños diagnosticados con este trastorno. El rango de edad de los incluidos en el trabajo fue entre cuatro y ocho años y el reclutamiento se llevó a cabo por medio de anuncios en diversos medios de comunicación. El procedimiento incluyó la participación en diversas fases. En la primera de ellas participaron 100 niños sin tratamiento médico, con una edad promedio de 6.5 años. A todos se les asignó en forma aleatoria ya sea a un régimen dietético normal, o bien a uno restringido, ambos durante un periodo de cinco semanas. Ambos tipos de dieta se ajustaron a las preferencias individuales de cada sujeto para facilitar su apego. En la siguiente fase los investigadores llevaron a cabo un procedimiento entrecruzado en el cual los niños se reasignaron a regímenes con alimentos que indujeran niveles altos o bajos de la inmunoglobulina IgG. Los padres no fueron ciegos a las dietas asignadas, con excepción a lo relacionado con los alimentos moduladores de IgG. Las valoraciones conductuales se efectuaron tanto por los clínicos participantes a partir de sus propias observaciones, como por los reportes generados por los padres. Estas valoraciones se determinaron en las diferentes fases del estudio. De un total de 41 niños que completaron la fase de dieta restringida, 32 alcanzaron calificaciones de mejoría en el trastorno por déficit de la atención y en el trastorno oposicionista desafiante. Entre los 30 niños que pasaron a la segunda fase, el 63% de ellos recayó. Sin embargo los resultados no difirieron con respecto a los niveles de IgG obtenidos.

La relevancia de este trabajo radica en que es necesario buscar alternativas no farmacológicas de tratamiento para este trastorno. De manera particular, en los niños esto adquiere importancia ya que están en un proceso de desarrollo y maduración. No obstante, el diseño presenta varios aspectos que pueden dar lugar a sesgos de interpretación de los resultados. Por una parte, los resultados se basaron,

al menos de manera parcial, en las evaluaciones efectuadas por los mismos padres quienes conocían el contenido dietético, participaron de manera voluntaria y ajustaron el tipo de alimentación de acuerdo a las preferencias de los hijos. De esta forma la objetividad de los padres pudo haber sido menor que si, por ejemplo, se hubiera pedido la participación de los profesores u otros informantes ciegos al tipo de maniobra pero capaces de observar y calificar la conducta de los niños. Por otra, es en cierta forma problemático incluir en la misma muestra a niños preescolares y escolares, ya que hay evidencia de que ambos responden de manera diferente a los tratamientos, sobre todo al metilfenidato. Adicionalmente, el someterlos a regímenes dietéticos presupone la posibilidad de generar los otros problemas potenciales en numerosas actividades que suelen tener los niños en esas etapas. Por ejemplo, perderse de tomar pastel en las fiestas, de salir a comer fuera de casa o bien llevar una alimentación diferente a la de los hermanos. Los clínicos que recomiendan medidas dietéticas para tratar el trastorno deberán por lo tanto discutir con los padres las dificultades que éstas conllevan y reconocer que aún se desconocen sus efectos psicológicos y sobre el desarrollo del trastorno a mediano y largo plazo.

(Gabriela Villarreal)

### Contenido

<b>El papel de la dieta en el trastorno por déficit de la atención</b>	<b>19</b>
<b>Antipsicóticos de depósito y orales en la esquizofrenia inestable: un estudio comparativo</b>	<b>20</b>
<b>La resistencia al estigma en la esquizofrenia</b>	<b>20</b>
<b>Cómo mantener a largo plazo la memoria deseable y borrar la indeseable</b>	<b>21</b>
<b>La terapia electroconvulsiva: efectos en la cognición de pacientes deprimidos geriátricos</b>	<b>22</b>
<b>Utilidad de la evaluación fármaco-genética en el tratamiento del alcoholismo</b>	<b>22</b>
<b>Prevención de la esquizofrenia</b>	<b>23</b>

## Bibliografía

PELSSER LM, FRANKENA K, TOORMAN J y cols.: Effects of a restricted elimination diet on the behaviour of children with attention-deficit hyperactivity disorder (INCA study): a randomised controlled trial. *Lancet*, 377:494-503, 2011.

# Antipsicóticos de depósito y orales en la esquizofrenia inestable: un estudio comparativo

■ La aparición de las presentaciones farmacológicas de depósito de los antipsicóticos ha favorecido la adherencia terapéutica de los pacientes esquizofrénicos y ha permitido mejorar el pronóstico de estos enfermos a largo plazo. Además de facilitar la prescripción de los medicamentos, estas presentaciones generan niveles más estables y continuos del compuesto a lo largo del tiempo, lo cual favorece el efecto global de los tratamientos y reduce los posibles efectos colaterales. Sin embargo, la mayoría de los ensayos clínicos que han demostrado las bondades de esta alternativa se han llevado a cabo con grupos de pacientes que presentan cuadros de esquizofrenia razonablemente estables y con una tasa adecuada de respuesta. Este ha sido el caso de la risperidona de depósito que si bien es efectiva en la mayor parte de los casos, no se ha demostrado su eficacia en pacientes con condiciones inestables de la enfermedad. Con la finalidad de tener experiencia con este tipo de pacientes, un grupo de investigadores clínicos llevó a cabo un ensayo comparativo incluyendo en su muestra a pacientes esquizofrénicos o esquizoafectivos que estuvieron hospitalizados en algún momento durante los dos años previos o bien que estuvieran en una condición inminente de hospitalización. Se asignaron aleatoriamente para recibir 25-50 mg de risperidona de depósito por vía intramuscular cada dos semanas, o bien para recibir algún antipsicótico por vía oral de acuerdo a la selección del psiquiatra a cargo del caso. Se programó entonces un seguimiento a lo largo de dos años. Los resultados se valoraron por medio de: un nuevo ingreso hospitalario, la presencia y tipo de síntomas, el nivel de funcionalidad y la calidad de vida. Estos aspectos se evaluaron con un procedimiento ciego y por medio de entrevistas por videoconferencias.

Se incluyó un total de 369 pacientes de los cuales el 40% estaba hospitalizado, el 55% se había hospitalizado durante los dos años previos y el 5% estaba en riesgo de hospitalización. La tasa de hospitalización después de la asignación no fue diferente entre quienes recibieron risperidona de depósito y quienes recibieron antipsicóticos por vía oral (39% después de 10.8 meses vs. 45% después de 11.3 meses; riesgo 0.87; IC 0.63-1.20). Los síntomas psiquiátricos, las calificaciones de calidad de vida en una escala de desempeño social funcional global, así como los efectos secundarios neurológicos no obtuvieron mejoría con una mayor significancia estadística entre quienes re-

cibieron la forma de depósito cuando se les comparó con el resto de los sujetos. Aquellos que recibieron la inyección de depósito refirieron más efectos adversos y más síntomas extrapiramidales. Los autores concluyen que sus resultados no muestran que la risperidona de depósito sea superior a otros antipsicóticos de liberación inmediata administrados por vía oral, entre pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos hospitalizados o en riesgo elevado de serlo. Además, sus datos muestran que la forma de depósito se relaciona con una mayor cantidad de efectos colaterales. Esta información deberá ser considerada por los clínicos con cierta cautela ya que no se pueden extrapolar los resultados a lo que se logra con el uso de otros antipsicóticos de depósito diferentes a la risperidona.

(Josué Vásquez)

## Bibliografía

ROSENHECK RA, KRYSTAL JH, LEW R y cols.: Long-acting risperidone and oral antipsychotics in unstable schizophrenia. *N Engl J Med*, 364:842-851, 2011.

# La resistencia al estigma en la esquizofrenia

■ La estigmatización de la enfermedad mental ha sido claramente establecida como un factor que complica la identificación y el tratamiento de los trastornos mentales. Esto es particularmente importante para la esquizofrenia. Diversas investigaciones han demostrado que las actitudes de estigmatización son prevalentes entre el público general, los estudiantes, los psiquiatras y aun entre los mismos usuarios de los servicios. Además de efectuar campañas abiertas para reducir este problema, muchos investigadores recomiendan dirigir los esfuerzos hacia las intervenciones en contra de la discriminación y el prejuicio, así como hacia acciones que contrarresten el pesimismo subyacente que prevalece sobre las posibilidades de lograr cambios. Por otra parte, además de combatir el estigma enraizado en la sociedad, la superación de este problema debe incluir la búsqueda de la reducción del estigma internalizado. Este corresponde a la experiencia subjetiva de los pacientes cuando son estigmatizados y a los efectos psicológicos que se inducen con la aplicación de estereotipos negativos. Este aspecto en particular ha sido un tema de investigación que ha adquirido relevancia en los últimos años. El estigma internalizado produce habitualmente reacciones de vergüenza y culpa, y encubre las manifestaciones del problema de salud, además de favorecer la persistencia de los síntomas y de afectar la calidad global de vida de los enfermos. Por lo tanto, ayudar a los pacientes a contender con el problema y a lograr una actitud de resistencia al estigma (RE) deben ser parte integral de todo tratamiento.

Los autores de este trabajo llevaron a cabo un estudio para investigar la RE por medio de la aplicación de la

subescala de RE del Cuestionario de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental (CEIEM). Los componentes de esta subescala incluyen un reactivo que evalúa la capacidad global que tienen los pacientes para llevar una vida auto-determinada sin hacer referencia a la enfermedad mental, un reactivo específico sobre lo que piensan en cuanto a que los enfermos mentales pueden hacer contribuciones a la sociedad, y otro sobre qué tanto se sienten bien cuando están en situaciones públicas y tienen manifestaciones evidentes de ser enfermos. Otros dos reactivos identifican qué tanto conocen sobre la enfermedad mental y qué tanto han podido superar socialmente su condición patológica. La hipótesis de los investigadores fue que la RE sería un componente independiente del estigma internalizado en pacientes con esquizofrenia y con trastorno esquizoafectivo. Participó en el estudio un total de 157 sujetos que contestaron el CEIEM incluyendo la subescala de RE. Con los datos recabados se obtuvo información sobre la devaluación percibida, la discriminación, la depresión, la autoestima y la calidad de vida. Se obtuvieron además las variables socio-demográficas y clínicas de los sujetos. Del total de la muestra, dos tercios mostró una elevada RE, la cual se correlacionó positivamente con la autoestima y con la calidad de vida, y negativamente con las mediciones de estigma y con la depresión. Por otra parte, un buen nivel de resistencia al estigma se asoció con la posibilidad de contar con una amplia red social, con ser soltero o casado (en contraste con estar separado), así como también con estar recibiendo tratamiento en consulta externa y no en hospitalización. Estos resultados llevan a los investigadores a concluir que la RE es un concepto novedoso y promisorio ya que es evidente que en la medida en que se desarrollen creencias que promuevan la resistencia al estigma se podrá lograr una mejor condición de salud global de los pacientes, lo cual repercutirá en un mayor nivel de recuperación.

(Ana Fresán)

### **Bibliografía**

SIBITZ I, UNGER A, WOPPMANN A y cols.: Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophr Bull*, 37:316-323, 2011.

## **Como mantener a largo plazo la memoria deseable y borrar la indeseable**

■ De acuerdo a los resultados preliminares de un estudio en un modelo animal, es posible que se puedan fortalecer los procesos de memoria antigua activando a una enzima. Desde hace ya algún tiempo se conoce que la participación de un cierto número de sustancias químicas del cerebro ayuda a fortalecer a la memoria recientemente adquirida, sin embargo aún se desconoce la manera de como se puedan mejorar en los humanos estos aspectos en las me-

morias de largo plazo, tales como recordar la dirección del domicilio en donde se vive o el nombre de los nietos. Es común que se pierda este tipo de memorias en las condiciones de demencia o de amnesia de origen orgánico. Para muchos neurocientíficos el encontrar qué es lo que mantiene o elimina a la memoria a largo plazo ha sido todo un reto. Lo interesante de este trabajo es que da los primeros pasos para descubrir procedimientos que fortalecen la memoria antigua sin interferir en su formación o en su recuerdo. El establecimiento de una memoria presupone la formación de nuevas conexiones o sinapsis entre las neuronas. Para mantener la memoria generada, la sinapsis debe persistir a lo largo del tiempo. Si bien todavía se desconoce qué hace que estas sinapsis perduren, ciertos descubrimientos empiezan a generar algunas claves. Hace algunos años un grupo de investigadores borró algunas memorias antiguas en ratas utilizando un fármaco que inhibía a la enzima protein-cinasa M $\zeta$  (PKM $\zeta$ ). En el trabajo que se reseña se avanzó aún más utilizando una herramienta genética para afectar en un grupo de ratas a la PKM $\zeta$  y para incrementar su actividad en la neocorteza, la cual se considera como el área cerebral de almacenamiento de la memoria a largo plazo.

Su diseño consistió en darles de beber agua endulzada y con litio agregado, la cual les generó malestar y enfermedad. Una semana después a las mismas ratas se les inyectó un componente genético conteniendo elementos que bloqueaban o incrementaban la actividad de la PKM $\zeta$ . Aquellas ratas con abundante PKM $\zeta$  en sus cortezas parecían recordar que el agua endulzada les causaba malestar y evitaban beberla. Por el contrario, las ratas con actividad reducida de PKM $\zeta$  bebieron abundantemente el mismo tipo de líquido. Lo mismo sucedió con el empleo de un tipo de agua dañina pero esta vez con un componente salado. Los investigadores comentan que en los procesos de aprendizaje la PKM $\zeta$  se mantiene activa por meses o por periodos más largos. Cuando ésta se reduce las memorias se desvanecen progresivamente. Esta enzima parece modificar proteínas a nivel de las sinapsis que reciben la información a partir de los neurotransmisores. Por medio de este proceso incrementan la sensibilidad de la sinapsis a dichos neurotransmisores facilitando entonces el recuerdo de la memoria. Las aplicaciones clínicas de este hallazgo podrían ser diversas: el incremento de la actividad de esta enzima ayudaría a evitar que las memorias fallen en el envejecimiento o en los procesos demenciales; por otra parte, el reducirla ayudaría a «borrar» recuerdos indeseables como los que se presentan en el trastorno de estrés postraumático. El problema sería entonces de especificidad: incrementar o borrar memorias específicas. Para algunos esto sería como «encontrar la aguja que sería una memoria determinada en el pajar que sería el cerebro humano».

(Carlos Berlanga)

### **Bibliografía**

SHEMA R, HARAMATI S, RON S y cols.: Enhancement of consolidated long-term memory by overexpression of protein kinase M $\zeta$  in the neocortex. *Science*, 331:1207-1210, 2011.

# La terapia electroconvulsiva: efectos en la cognición de pacientes deprimidos geriátricos

■ Los trastornos depresivos son prevalentes entre muchos sujetos de edad avanzada. En algunas ocasiones la intensidad y las complicaciones de estos padecimientos hacen que algunos de ellos sean refractarios a los tratamientos farmacológicos. Por consiguiente, una alternativa de solución a estos problemas es la aplicación de la terapia electroconvulsiva (TEC). Esta modalidad de tratamiento tiene por lo general una elevada eficacia y, con los cuidados y precauciones habituales, suele ser segura y sin riesgos elevados. Para muchos clínicos la utilización de la TEC en pacientes de este tipo genera preocupación por la posibilidad de producir o bien incrementar alteraciones de las funciones cognitivas. Con la finalidad de tener más información al respecto un grupo de investigadores clínicos llevó a cabo un estudio con el objetivo de evaluar las funciones cognitivas pre y post tratamiento en pacientes deprimidos geriátricos en condiciones de hospitalización, que se sometieron por vez primera a la TEC. Para poder identificar el efecto de la maniobra sobre la cognición identificaron a los pacientes de acuerdo a la presencia o ausencia de afectación cognitiva antes del tratamiento. Se incluyeron en el estudio a cuarenta y cuatro pacientes con el diagnóstico de depresión mayor que fueran candidatos a recibir TEC. Se dividieron en tres grupos de acuerdo a su condición pre tratamiento: sin afectación cognitiva, con afectación moderada y con demencia. Para dicha categorización aplicaron el MMSE que es un instrumento clínico de valoración cognitiva global. Este mismo instrumento lo aplicaron después del sexto tratamiento, y seis semanas y seis meses después de su administración, para determinar el efecto sobre las funciones cognitivas en los tres grupos. Los cambios en los síntomas depresivos se evaluaron con la aplicación de la Escala de Hamilton para Depresión en su versión de 21 reactivos, al inicio y a la sexta semana después del tratamiento. Se compararon los cambios en las escalas con respecto a la condición pretratamiento.

El grupo sin deterioro basal mejoró en sus funciones cognitivas a las seis semanas ( $P = .018$ ) y a los seis meses ( $P = .036$ ) después de la TEC. El grupo con deterioro moderado mejoró en sus condiciones cognitivas sólo hasta los seis meses ( $P = .036$ ) y el grupo con demencia no mostró cambios significativos de acuerdo a las calificaciones de MMSE después del tratamiento. Aquellos con tratamiento para la demencia mejoraron en sus condiciones cognitivas en un nivel de significancia clínica después del sexto tratamiento. Los que no tenían tratamiento para demencia se deterioraron. Los síntomas depresivos mejoraron en los tres grupos con un nivel adecuado de significancia ( $P < .001$ ). Finalmente, la presencia de fallas cognitivas pre tratamiento fue el mejor factor predictivo de de-

clinación en el MMSE a las seis semanas después del tratamiento ( $P = .007$ ) y a los seis meses posteriores ( $P = .005$ ). Estos resultados indican que la TEC es una alternativa adecuada y bien tolerada en pacientes deprimidos geriátricos, independientemente de la presencia de alteraciones cognitivas preexistentes. La afectación en éstas, atribuibles al tratamiento, fueron transitorias y sin repercusiones persistentes. Estos datos permiten la utilización de esta opción terapéutica en estos pacientes de una manera más segura y sin riesgos persistentes sobre la cognición.

(Ingrid Vargas)

## Bibliografía

HAUSNER L, DAMIAN M, SARTORIUS A y cols.: Efficacy and cognitive side effects of electroconvulsive therapy (ECT) in depressed elderly inpatients with coexisting mild cognitive impairment or dementia. *J Clin Psychiatry*, 72:91-97, 2011.

## Utilidad de la evaluación fármaco-genética en el tratamiento del alcoholismo

■ Está claramente establecido que el consumo excesivo de alcohol causa a largo plazo graves consecuencias en la salud e inclusive puede llevar a la muerte. Las alternativas farmacológicas para el tratamiento de este problema han sido muy limitadas en cuanto a eficacia, por lo que cualquier nueva opción al respecto debe evaluarse cuidadosamente para determinar su nivel de eficacia. Un procedimiento ideal en el manejo farmacológico de este problema de salud sería el poder identificar, por medio de algún procedimiento, qué tipo de individuos tienen más probabilidades de responder a un tratamiento específico. Desde hace ya un buen tiempo se ha considerado que debido a que el transportador de la serotonina es un importante regulador de la función serotoninérgica neuronal, sus diferencias alélicas podrían modular la gravedad en el consumo étílico y predecir la respuesta terapéutica a intervenciones farmacológicas que produzcan su efecto por medio de la modificación de la actividad de este sistema de neurotransmisión. Con la evidencia preliminar de que el ondansetron, un fármaco antagonista del receptor 5-HT<sub>3</sub> de la serotonina, puede ser una alternativa eficaz para el alcoholismo, los autores de este trabajo efectuaron la genotipificación de 283 sujetos con alcoholismo y los sometieron a un estudio comparativo con asignación aleatoria de la intervención y evaluación con procedimiento doble-ciego. Genotipificaron la región regulatoria 5' del gen de la serotonina para establecer la presencia de diferencias alélicas en formas largas (L) o cortas (S) combinadas (LL/LS/SS), y una tipificación adicional para otro polimorfismo de nucleótido individual (T/G) en la región 3'. Los pacientes recibieron ya sea ondansetron (4 µg/kg) dos veces al día, o bien placebo durante 11 semanas. Además se les proporcionó una intervención con terapia cognitivo-conductual estandarizada.

Entre los resultados encontrados resaltaron los siguientes: los individuos con el genotipo LL que recibieron ondansetron, comparados con los que recibieron placebo, mostraron en promedio un consumo menor, establecido por la cuantificación del número de bebidas consumidas por día de consumo (-1.62), y tuvieron un porcentaje más alto de días en abstinencia (11.27%). Al comparar a los sujetos LL con los LS/SS, los del primer grupo que recibieron ondansetron consumieron un número menor de bebidas por día de consumo (-1.53) y un mayor porcentaje de días de abstinencia (9.73%). Al comparar a los sujetos LL del grupo de ondansetron contra todos los demás genotipos y con los dos grupos de tratamiento en combinación, los primeros mostraron también una reducción en la cantidad de bebida consumida por día de consumo (-1.45) y un mayor porcentaje de días de abstinencia (9.65%). Estos datos significaron para los autores que las variantes genéticas evaluadas interactuaron significativamente con el consumo de alcohol en términos de cantidades por día de consumo (-2.63) y de porcentaje de días de abstinencia (-16.99%). Con estos datos los autores proponen que el ondansetron puede ser una alternativa eficaz que, en combinación con la identificación de sujetos idóneos por medio de un procedimiento fármaco-genético, incrementan las posibilidades de una buena respuesta.

(Mónica del Río)

## Bibliografía

JOHNSON BA, AIT-DAOUD N, SENEVIRATNE C y cols.: Pharmacogenetic approach at the serotonin transporter gene as a method of reducing the severity of alcohol drinking. *Am J Psychiatry*, 168:265-275, 2011.

## Prevención de la esquizofrenia

■ En un reciente número de la revista *Schizophrenia Bulletin* se publican algunos artículos sobre el tema de la prevención de la esquizofrenia. En dicha publicación, dos comentaristas invitados hacen algunas reflexiones al respecto. Consideran que si bien el hablar de prevención en este padecimiento se puede ver como exageradamente optimista, la realidad es que se ha avanzado mucho en los últimos 30 años sobre el conocimiento de los factores de riesgo para su desarrollo. El hecho de que existan variaciones geográficas y étnicas sobre su incidencia habla de factores de riesgo ambientales. Por consiguiente es razonable considerar que al menos algunos de ellos pueden ser potencialmente modificables. La investigación epidemiológica ha descubierto un buen número de exposiciones como candidatas relacionadas a los factores infecciosos y nutricionales. Otros factores potenciales son el estrés psicosocial, el uso de cannabis, la edad paterna avanzada y otras más que requieren de valoración cuidadosa. Estos elementos, por lo tanto, preparan el escenario para hablar en un futuro de prevención.

La esquizofrenia tiene el estatus nosológico de síndrome. Como tal, su diagnóstico incluye una presentación clínica que se origina a partir de distintas vías etiológicas. Esto implica una cierta heterogeneidad, lo cual dificulta el trabajo clínico y la investigación en esta área. Es por lo tanto improbable que

una intervención específica pueda ser suficiente para prevenir invariablemente su desarrollo. Además, algunos de sus síntomas son compartidos por otras entidades clínicas. Las dificultades para limitar sus fronteras hacen que sea difícil hablar de sujetos en riesgo. Sin embargo, se debe de considerar que si bien la falta de especificidad entre una exposición y una manifestación clínica debilita el poder elaborar una asociación causal, desde la perspectiva de la salud pública las intervenciones sin beneficios específicos se continúan considerando como particularmente atractivas. Las acciones preventivas en la esquizofrenia se han enfocado más a la prevención primaria cuyo objetivo es reducir la incidencia de cualquier enfermedad. Esta se puede dirigir tanto a la población general (prevención universal) como a poblaciones blanco específicas (sujetos de alto riesgo). El gran reto en la esquizofrenia es poder identificar quiénes son aquellos individuos con riesgo elevado de desarrollar la enfermedad. Esta posibilidad en la actualidad se considera aún muy lejana: aparte de los antecedentes heredo-familiares no hay otros elementos confiables para hacerlo.

Otros aspectos de preocupación para el desarrollo de intervenciones de prevención primaria consisten en las dificultades para medir la efectividad potencial de éstas. Hay varias alternativas para hacerlo, una de ellas es la determinación del índice riesgo atribuible a la población. Este índice es un estimado de cuántos casos de un determinado trastorno pueden ser prevenidos si un factor de riesgo específico se elimina de la población. Esto lógicamente implica que el factor de riesgo tenga relación causal con el padecimiento y que el resto de los factores no se modifiquen. Como se ve, es algo difícil de lograr para el caso de la esquizofrenia. Otra inquietud es asegurarse de que la misma intervención preventiva tenga el mismo impacto en diferentes escenarios sociales, étnicos y ambientales. Este es lo que intenta abordar la denominada eco-epidemiología. De acuerdo a su marco teórico, un cierto factor de riesgo asociado a una enfermedad en una determinada población, puede tener poco o nada de efecto en otra debido a diferencias que van desde el nivel molecular hasta el social. En este aspecto, es indudable que estos conceptos se aplican claramente al caso de la esquizofrenia.

Los autores también comentan que muchos investigadores consideran prematuro el preocuparse por la prevención primaria de la esquizofrenia. El tener todavía muy pocos datos sobre su etiología y patogénesis hace que se tenga un mayor beneficio al invertir más en la investigación básica que en la prevención. Sin embargo, la historia de la medicina muestra que muchas veces la prevención primaria ha tenido un impacto espectacular en condiciones clínicas de las que se conocía muy poco. Ejemplifican esto con la teoría de «los miasmas» en las enfermedades infecto-contagiosas (se creía que la enfermedad provenía de las impurezas que emanaban del agua y el suelo), la cual implantó medidas sanitarias que dieron resultados favorables mucho antes que se conocieran a los microorganismos como los factores causales. Sin embargo, este nivel de prevención es difícil de implementar en la esquizofrenia; pensemos solamente en el largo periodo de tiempo que pasa entre la exposición al supuesto factor de riesgo y la aparición de los síntomas. Para muchos clínicos la posibilidad de que se pueda lograr la prevención por medio de una intervención no se dará sino hasta que se puedan determinar con mayor precisión las interacciones entre los factores de riesgo ambientales y las variantes genéticas, con marcadores de diversos tipos (conductuales, cognitivos, psicosociales o psicofisiológicos). Los autores finalizan su análisis hablando de otras formas de prevención. Las medidas de prevención secundaria se dirigen a modificar el curso de la enfermedad por medio de intervenciones tempranas. Esto está claramente reconocido. Finalmente, la prevención terciaria incide sobre la aplicación de intervenciones que reduzcan la carga de la enfermedad con la optimización de los tratamientos y de la rehabilitación. Concluyen por lo tanto que está justificado

dirigir esfuerzos y recursos hacia la identificación de factores de riesgo de la esquizofrenia y a la implementación de medidas de prevención primaria.

(Margarita Horta)

### Bibliografía

BROWN AS, MCGRATH JJ: The prevention of schizophrenia. *Schizophr Bull*, 37:257-261, 2011.

## EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz Programa MAYO-JUNIO 2011

Nombre del curso	Coordinación	Fechas
• Modelos psicoeducativos en salud mental	Mtra. Olga Payán Yáñez Dra. Miriam Feria Aranda	Mayo 2 al 4 *
• El género masculino y la salud mental	Dr. Alfredo Whaley Sánchez Dra. Lourdes García Fonseca	Mayo 9 al 11 *
• Asesoría genética en Psiquiatría	Dr. Josué Velázquez Medina	Mayo 16 al 18 *
• Gestión para la calidad en la atención de enfermería en psiquiatría y salud mental	E.E.S.M Francisco Enríquez Torres Enf. Susana Gallegos	Mayo 18 al 20 *
• Rehabilitación integral de las Adicciones	Dr. Rodrigo Marín Navarrete Dr. Ricardo Nanni	Mayo 23 al 25 *
• Salud mental y Psicopatología básica para brigadistas	Dra. Martha Ontiveros Uribe	May. 30 a Jun. 1 *
• Asesoría genética en psiquiatría	Dr. Josué Vázquez Medina	Mayo 11 (10:00-11:30)
• Manejo de la Depresión: Intervención multidisciplinaria	Dra. Danelia Mendieta Cabrera	Mayo 25 (10:00-11:30)
• Trastorno Obsesivo-Compulsivo y trastornos del espectro obsesivo	Dra. Cristina Loyzaga Dr. Luis A. Vargas Alvarez	Junio 6 al 10 *
• Desarrollo de la cognición: Sistema Límbico y áreas corticales exteriores	Dr. Eduardo Castro Sierra	Junio 13 al 15 *
• Síndrome Metabólico del paciente con enfermedad mental	Dr. Alejandro Díaz Anzaldúa	Junio 20 al 24 *
• Psiquiatría Forense para abogados y personal de salud	Dr. Fernando López Munguía	Junio 27 al 29 *
• Diagnóstico de los trastornos por el uso del Alcohol	Dr. Mario Turroco Salcedo	Junio 8 (10:00-11:30)
• Beneficio y perjuicios de los psicofármacos, sustancias y disfunción sexual	Dr. Iván Arango De Montis	Junio 22 (10:00-11:30)

\* Modalidad: Presencial

### 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

