ISSN - 0188 - 4883

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA RAMON DE LA FUENTE

Información Clínica

Volumen 13 Número 7 Julio del 2002

Atomoxetina. Nueva opción para el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

La atomoxetina es un nuevo compuesto cíclico, diferente en su estructura a los antidepresivos disponibles. Tiene una alta afinidad por los sitios de recaptura presináptica de la noradrenalina y muy baja afinidad por otros neurotransmisores (muscarínicos, colinérgicos, histamínicos, serotoninérgicos y alfa uno y dos adrenérgicos), su efecto es muy bajo sobre la conducción cardiaca y parece ser seguro en su consumo crónico, hasta por un año. En adultos, presenta muy bajo perfil de efectos colaterales y no existe el abuso potencial del mismo. Se metaboliza a través del citocromo P450 2D6 con vida media plasmática de 4 hrs; sin embargo existe aproximadamente un 10% de la población, que es metabolizadora lenta, en la que la vida media es de 19 hrs.

El año pasado dos grupos de investigadores ecabezados por Spencer y por Kratochvil publicaron por separado estudios abiertos donde se probó la atomoxetina en población pediátrica portadora de TDAH. Se utilizaron dosis iniciales de 10 a 20 mgs/día, y se alcanzó hasta 90/mgs, la dosis final media en el primer estudio fue de 1.9 mgs/kg/día y en el segundo de 1.4 mgs/kg/día, durante once semanas. En ambos estudios existió una reducción significativa de los síntomas, evaluados por el clínico y el familiar, y una mejoría significativa en los parámetros cognoscitivos evaluados.

Michelson publicó el primer estudio doble ciego, controlado con placebo vs. Atomoxetina en población pediátrica: incluyó a 297 niños y adolescentes con TDHA entre los 8 y 18 años y fueron aleatorizados a placebo o Atomoxetina en una dosis ajustada al peso con 0.5, 1.2 ó 1.8 mgs/kg/día durante 8 semanas. La respuesta de los sujetos que recibieron las dosis de 1.2 y 1.8 mgs/kg/día fueron estadisticamente superiores al placebo y a la dosis de 0.5 mgs/kg/día. El funcionamiento social y familiar también mejoró significativamente en los tres grupos que recibieron la Atomoxetina. Se descontinuó el tratamiento en menos del 5% en los tres grupos debido a los efectos colaterales.

Parece ser que las dosis de 1.2 y 1.8 mgs/kg/día son igual de efectivas por lo que se recomienda el uso de la primera con el fin de disminuir los pocos efectos colaterales.

Estudios como éstos deberán replicarse en población pediátrica mexicana antes de poder sumar este medicamento al armamentario farmacológico en la lucha contra el TDAH.

(Francisco de la Peña, Félix Higuera)

Bibliografía

SPENSER T, BIEDERMAN J, HEILIGENSTEIN J y cols: An open label, dose ranging study of atomoxetine in children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacology*, 11:251-265, 2001.

KRATOCHVIL C, BOHAC D, HARRINGTON M y cols: An open label trial of tomoxetine in pediatric attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacology*, 11:167-170, 2001.

MICHELSON D, FARIES D, WERNICKE J y cols: Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder a randomized, placebo controlled dose response study. *Pediatrics*, 108:83-99, 2001.

Contenido

Atomoxetina. Nueva opción para el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) 37

Efectos agudos de la estimulación magnética transcraneal en el ánimo y en la hormona estimulante de tiroides en depresión mayor 38

Escala para signos y síntomas de la psicosis (SSPI) 39

¿Cómo impacta en los residentes de psiquiatría el suicidio de los pacientes? 40

Estudio Maudsley de seguim iento de la depresión en niños y adolescentes 41

Trastornos mentales serios en 23,000 prisioneros: una revisión sistemática de 62 encuestas 42

Efectos agudos de la estimulación magnética transcraneal en el ánimo y en la hormona estimulante de tiroides en depresión mayor

En los últimos cinco años la estimulación magnética transcraneal (EMT) se ha aplicado para el estudio y tratamiento de diversos trastornos neuropsiquiátricos, principalmente de los trastornos del estado de ánimo. Varios estudios controlados han demostrado que la administración de estimulación magnética transcraneal repetitiva (EMTr) de alta frecuencia sobre la corteza prefrontal izquierda produce efectos antidepresivos en individuos con depresión mayor. Otros trabajos han encontrado incremento de los niveles de TSH con la aplicación de EMTr rápida en la corteza prefrontal en individuos sanos.

Este estudio se realizó para determinar si las sesiones únicas de EMTr de alta frecuencia sobre la corteza prefrontal izquierda producen elevaciones agudas del ánimo y de los niveles séricos de TSH en sujetos con depresión mayor, y si puede establecerse una asociación entre los cambios del ánimo y los cambios de TSH.

El estudio se realizó en 16 sujetos voluntarios (previamente informados sobre los propósitos y riesgos del mismo y que dieron su consentimiento a sabiendas), con diagnóstico primario de Depresión Mayor por el DSM-IV, Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia y la Escala de Depresión de Hamilton. Dichos sujetos recibieron EMTr a 10Hz, al 100% del umbral motor durante 2 semanas. Se les realizaron exámenes físicos generales, neurológicos y psiquiátricos y se excluyó a aquellos que manifestaron ser alcohólicos o tener dependencia al alcohol o a drogas o padecer alguna enfermedad médica o neurológica con efectos en el ánimo o la cognición. También se excluyó a aquéllos considerados con riesgo suicida importante, o portadores de algún objeto metálico en el cerebro o cráneo. Los sujetos se hallaban exentos de tratamiento (7 días previos) y de TEC (30 días previos).

Se les aplicó dosis alta, intermedia, baja y placebo; las sesiones tuvieron lugar 5 días por semana durante 2 semanas, utilizando 10Hz, 5 trenes por segundo, 20 trenes en 10 minutos, al 100% del umbral motor. El ánimo fue valorado con la Escala de Hamilton para depresión de 6 puntos, Manía de Young y el Perfil del Estado de ánimo (POMS); los niveles de TSH se midieron usando radioinmunoensayo, tomándoles muestras de sangre antes y después de cada sesión de tratamiento. La muestra consistió de 14 sujetos en quienes se valoró el cambio en el estado de ánimo y en los niveles de TSH producido por sesiones únicas.

Las variables categóricas se analizaron usando la Prueba Exacta de Fisher, las variables continuas y demográficas fueron comparadas usando pruebas t. Para determinar los cambios agudos del ánimo se compararon los resultados de las escalas usando la prueba U Mann-Witney. Se utilizó la corrección de Bonferroni para los valores individuales de p. Los coeficientes de correlación de Spearman se calcularon para analizar la correlación entre los cambios en el ánimo y los niveles de hormonas.

Nueve sujetos (5 mujeres) fueron sometidos a EMTr activa y 5 sujetos (3 mujeres) a EMTr simulada. No hubo una diferencia significativa en las variables demográficas o clínicas. La EMTr activa produjo una mejoría en el ánimo, mayor que la EMTr simulada, lo cual fue valorado a través de la Escala de Hamilton de Depresión de 6 puntos ($p<.1$). Las sesiones de EMTr activa incrementaron los niveles de TSH, mientras que las simuladas disminuyeron los niveles de TSH. Así mismo la EMTr activa incrementó la TSH sérica en 66.7% , mientras que el procedimiento simulado produjo elevaciones de 20%. Se encontró una correlación no significativa entre las mediciones de los cambios del ánimo y los cambios de TSH ($p>.1$).

(Alma Adriana Contreras Cañas)

Bibliografía

SZUBA MP, O'REARDON JP, RAI AS, SNYDER-KASTENBERG J, AMSTERDAM JD y cols. *Biological Psychiatry*, 50:22-27, 2001.

Escala para signos y síntomas de la psicosis (SSPI)

La enfermedad psicótica es un fenómeno que implica la participación de diferentes áreas: el pensamiento, la emoción y las conductas; estas áreas responden de forma diferente a los tratamientos establecidos, de donde se establece que existen diferentes procesos psicopatológicos para cada una.

Una escala para la evaluación del espectro psicótico deberá contar con las siguientes 5 características:

1. Se debe evaluar un amplio espectro de fenómenos unidos pero excluyentes.
2. Los síntomas que se espera respondan de forma diferente a una intervención deben ser evaluados por separado.
3. Debe existir una adecuada confiabilidad interevaluador.
4. Debe tratarse de una entrevista que tolere una persona seriamente enferma.
5. Las calificaciones deben ser sensibles al cambio.

Actualmente existen otras opciones clinimétricas para la evaluación de la sintomatología psicótica, el *Present*

State Examination (PSE) y el *Assessment of Symptoms and History* (CASH) son adecuadas para la evaluación del enfermo psicótico pero su extensión las hace imprácticas para estudios de tratamiento. El *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) no hace énfasis suficiente sobre la sintomatología negativa, el *Positive and Negative Symptom Scale* (PANSS) fue desarrollado para completar las carencias del BPRS; sin embargo algunos de sus reactivos incluyen la evaluación tanto de la pobreza del pensamiento como de la desorganización del mismo. Tanto en el BPRS como en el PANSS se evalúan fenómenos que pueden contribuir al total de la calificación en más de un reactivo.

La SSPI se compone de 20 reactivos (ansiedad, depresión, anhedonia, enajenación, insomnio, somatización, delirios, alucinaciones, inatención, desorientación, sobreactividad, subactividad, afecto aplanado, afecto inapropiado, presión en el lenguaje, pobreza del lenguaje, trastornos en la forma del pensamiento, conductas peculiares, hostilidad e introspección). Estos reactivos cubren los cinco procesos de la psicopatología del paciente psicótico: depresión, excitación, actividad psicomotora disminuida, actividad psicomotora desorganizada y distorsión de la realidad. Existen dos subescalas para los delirios y las alucinaciones donde se especifican los tipos de éstas. Los contenidos de cada reactivo se especifican en un glosario y se evalúan en la última semana. Se cuenta con 15 preguntas sobre los síntomas y cuando éstas son positivas para detectar psicopatología, el entrevistador hace otras complementarias para establecer la severidad y la naturaleza del fenómeno. Se realiza también un cuestionamiento propositivo sobre actividades y ocupaciones, funcionamiento social y comprensión por parte del paciente de su enfermedad y tratamiento. Cuando se duda sobre la confiabilidad de las respuestas se puede acudir a un familiar o a la enfermera.

La severidad se evalúa de forma Lickert del 0 al 4.

Participaron 155 pacientes con psicosis aguda o crónica tanto en consulta externa como hospitalizados. Se consideraban agudos si eran recientemente hospitalizados y/o presentaban una disminución de 10 puntos en el GAF en las últimas 4 semanas. La psicosis se consideraba crónica o persistente si el GAF era menor de 51. La confiabilidad interevaluador se determinó mediante dos estudios, en el primero dos residentes de 3er. año fueron entrenados mediante 5 videograbaciones de pacientes psicóticos y posteriormente evaluaron a 32 pacientes bajo la técnica de presencia compartida no comunicativa; y en el segundo estudio se evaluó a 20 pacientes por medio de videograbaciones. El análisis factorial se realizó con los 155 pacientes participantes, por medio del sistema de componentes principales con rotación oblicua; las calificaciones de cada sujeto por cada factor fueron asignadas sumando las calificaciones del reactivo para todos los reactivos con una carga mayor a 0.6, se utilizó un análisis de varianza para comparar las calificaciones de los factores en los diferentes grupos diagnósticos. La sensibilidad al cambio se estableció en 33 pacientes con la evaluación inicial y final al egreso o después de 6 semanas; en 22 pacientes se utilizó el CGI para correlacionar el cambio con el SSPI.

De los 155 pacientes, 83 padecían esquizofrenia aguda, 42 esquizofrenia crónica, 11 eran esquizoafectivos, 14 TBM, 1 TBD y 4 recibieron otros diagnósticos psicóticos. La edad promedio fue de 35 años y la duración de la enfermedad presentó un promedio de 11 años (2 meses a 37 años), 86 eran hombres, 144/155 recibían antipsicóticos y todos toleraron la entrevista.

Todos los coeficientes de correlación interevaluador para los reactivos individuales indicaron un valor aceptable >0.68 para más de la mitad de los reactivos individuales y para el total de la calificación del SSPI la confiabilidad interevaluador fue excelente >0.80. La estructura factorial reveló cinco elementos: el primero que correspondió a la sintomatología negativa y fue denominado pobreza psicomotora, el segundo excitación psicomotora, el tercero desorganización, el cuarto ansiedad y depresión y el quinto distorsión de la realidad que correspondió a las alucinaciones y delirios. Sólo hubo dos correlaciones entre los factores: una negativa de –0.21 entre pobreza psicomotora y excitación y el segundo positivo con un valor de 0.26 entre la excitación y la desorganización. Los cinco factores fueron identificados en todos los pacientes independientemente de su diagnóstico.

El análisis de varianza presentó diferencias significativas entre los cuatro grupos diagnósticos principales (esquizofrenia aguda, crónica, esquizoafectivo y manía) en pobreza psicomotora ($F(3,146)=5.1$, $P=0.002$), distorsión de la realidad ($F(3,146)=3.1$, $P=0.03$) y excitación ($F(3,146)=28.3$, $P<0.001$). Las diferencia se debieron fundamentalmente a esquizofrenia vs. manía. En el caso de los pacientes con manía, la primera evaluación con el SSPI alcanzó 19.5 (DE 8.3) y en la segunda 9.2 (DE 5.9), con reducción del 49.2% (DE 27.7). Para los pacientes con esquizofrenia la calificación inicial del SSPI fue de 18.4 (DE6.5) y la final de 9.5 (DE 7) con reducción del 48.7%. La reducción de un punto del CGI correspondió a una disminución de 6.1 en el SSPI. La reducción significativa de los síntomas en todos los pacientes se dio en la mayoría de éstos excepto respecto a: ansiedad, depresión, anhedonia, inatención, sobreactividad, presión para el lenguaje, hostilidad, conducta peculiar e introspección.

La confiabilidad interevaluador para cada reactivo es aceptable y excelente para el total. El factor que explicó la mayor varianza fue el de la pobreza psicomotora que refleja la sintomatología negativa (18%), el segundo factor de excitación psicomotora explicó el 16% de la varianza y el de la desorganización el 12%, la depresión, ansiedad y distorsión de la realidad explicaron el 11% y 9% respectivamente del total de la varianza. Las estructuras factoriales del SSPI y del PANSS son muy similares sólo que el SSPI incluye un factor de desorganización que comprende el afecto inapropiado, los trastornos formales del pensamiento y la inatención. Dos aspectos que no eran predecibles fueron el de la anhedonia no ajustada a ansiedad y depresión sino a la pobreza psicomotora habla de que la depresión sería primaria a este factor; el segundo aspecto tiene que ver con la somatización que se ajustó mejor al modelo de distorsión de la realidad que al de depresión. El SSPI es tan sensible como el BPRS y el PANSS.

Este nuevo instrumento puede ser útil en la clínica para la evaluación de los paciente psicóticos y deberá validarse en una versión castellana y adaptada para adolescentes si se desea usarlo en esta población.

(Francisco de la Peña)

Bibliografía

LIDDLE PF, NGAN ETC y cols.: Signs and symptoms of psychotic illness (SSPI) a rating scale. *British J Psychiatry*, 180:45-50, 2002.

¿Cómo impacta en los residentes de psiquiatría el suicidio de los pacientes?

Introducción

El suicidio del paciente es un riesgo ocupacional, que se considera como una de las adversidades más estresantes en la instrucción psiquiátrica. Los residentes son especialmente vulnerables al impacto de este suceso. Brown (1987) menciona que 25% de residentes tuvieron una experiencia relacionada con el suicidio; de éstos, 77% presentaron un impacto grave. Chetmob (1988) usó la escala de impacto de sucesos (IES) para evaluar el impacto en la vida profesional y personal del residente; de este modo encontró 53% de "estresados inicialmente". En Escocia, 47% de los residentes tuvieron alguna experiencia en suicidio; de ellos, 31% reportó que experimentó un efecto deletéreo en sus vidas profesional y personal.

Objetivo

Determinar el impacto del suicidio en residentes, inmediatamente después del suceso y durante la realización del estudio.

Material y métodos

Ochenta y nueve residentes (de un hospital en Londres); se aplicaron tres cuestionarios:

1. Información general del doctor víctima, resultados de investigaciones del juez, personal, actitudes familiares, apoyo disponible para el residente después del suicidio.
2. Impacto del suicidio en la vida profesional y personal (escala 7 ptos. = 19 preguntas).
3. Impacto en estado cognoscitivo y emocional, después del suicidio y al momento de realizar el estudio (IES); éste consiste en 15 preguntas acerca de síntomas intrusivos y de evitación del TPEPT con puntaje total de 0-75 ptos. (>20 clínicamente significativo).

Resultados

Residentes: 60% respondieron a la encuesta; 43% atendieron uno o más casos relacionados con suicidios. Edad: 31ª; género: casi igual (11 *vs.* 12); tiempo desde que egresaron de la escuela de medicina: 6ª; duración del entrenamiento psiquiátrico: 28 meses; tiempo entre el caso de suicidio y la contestación de los cuestionarios: 27 meses.

Víctimas: n=23: 43% hospitalizados, 22% externos y 35% liberados del cuidador. Se consideró a 52% con riesgo activo de suicidio. En 70% se discutió el manejo con otros colegas. El 44% fue atendido recientemente por "médicos adscritos"; 91% de los residentes consideraron apropiado el manejo.

Fuentes de información: Familias entrevistadas pre-suicidio (70%); notas médicas previas disponibles (48%); notas de practicantes generales (26%); otras fuentes (13%).

Reacción de familiares: 26% de los residentes tuvo contacto con éstos tras el suicidio. La familia externó aflicción, *shock*, entendimiento, demanda, alivio.

Reacción del personal: 78% de los residentes se sintió apoyado. El 22% participaron en una investigación con juez; sólo uno se sintió acusado por el juez.

Impacto en residentes: Reacciones iniciales: *shock*, autorreproches, culpa, ira, aflicción, temor a negligencia, enojo. Para el impacto global, 21 residentes contestaron dos cuestionarios: (inicio/actual). En las reacciones iniciales, 33% mostró síntomas de intrusión clínicamente significativos y 29% síntomas de evitación. En general, 52% se sintió "clínicamente estresados". Los cambios a lo largo del tiempo no fueron significativos (sin embargo, sólo 29% se sintieron clínicamente estresados).

Comentarios

El impacto sobre los residentes es importante. En el estudio actual se sugiere que hubo una pobre supervisión por adscritos; asimismo, la experiencia puede ser útil para incrementar la identificación de las señales de suicidio. Se proponen políticas en programas para instrucción adecuada acerca del suicidio, así como apoyo psicológico al residente en la fase aguda. Aunque esta muestra pequeña puede no ser representativa, la confiabilidad en el recuerdo del evento es una importante limitante.

(Roberto Manuel Rosales Tristán)

Bibliografía

YOUSAF F y cols.: Impact of patient suicide on psychiatric trainees, *Psychiatric Bull*, 26:53-55, 2002. Roberto Manuel Rosales Tristán.

Estudio Maudsley de seguimiento de la depresión en niños y adolescentes

(Impacto de la comorbilidad con el trastorno de conducta en el uso de los servicios y los costos en la vida adulta)

■ Esta investigación forma parte de una serie de tres publicaciones relacionadas con la comparación entre dos grupos de niños y adolescentes con trastorno depresivo mayor (TDM) *versus* TDM + trastorno disocial (TD), en un seguimiento de la adolescencia a la vida adulta. Los objetivos de la investigación fueron examinar los patrones en el uso de servicios y los costos de adultos que, como niños, presentaron depresión.

La muestra comprendió a una población estudiada entre 1970 y 1983, de la cual se obtuvo una hoja de registro que después se convirtió en categorías del DSM-IV, además de evaluarse de forma transversal por medio del SADS-L; sólo se consideró la sintomatología a partir de los 17 años. También se tomaron en cuenta dominios del área social y familiar, los abusos, las adversidades de la vida y los patrones en el uso de servicios. Se evaluaron igualmente la autoestima, la autoeficacia, la personalidad, las creencias acerca de sí y las alteraciones emocionales, así como los síntomas somáticos, depresivos y estilos atributivos; por otra parte se revisaron los registros criminales oficiales. La evaluación en el uso de los servicios se realizó por medio del Inventario de Servicios que Recibe el Cliente (*Client Service Receipt Inventory*, CSRI). Esta evaluación incluye revisar el uso de servicios externos e internos de psiquiatría, las hospitalizaciones, la asistencia a las consultas, los contactos con la policía, la prisión y la atención en cortes criminales, así como los contactos con oficiales, siempre después de los 17 años. Los criterios anteriores se evaluaron a lo largo de la vida y en los seis meses previos; las categorías de atención por psicólogos y psiquiatras fueron combinadas en un solo dominio, así como la atención por los sistemas de justicia y de atención médica general. El cálculo de los costos se realizó a partir de los 17 años dividiendo el gasto entre el número de años con respecto al momento de la entrevista y en los últimos seis meses multiplicado por dos para establecer el costo por año.

El análisis estadístico incluyó la Chi cuadrada para las medidas categóricas y se utilizó la regresión logística para comparar ambos grupos (TDM *vs* TDM+TD) en el uso de servicios y se ajustó por edad y sexo. Se compararon asimismo los costos de servicios con una muestra de población sana.

De los 5389 sujetos candidatos originales, 935 presentaron síndrome depresivo y 245 completaron el diagnóstico para TDM. Se evaluaron 149 de ellos y al final se incluyó la información de 140; 61% fueron mujeres.

Resultados

Patrones en el uso de servicios: El grupo comórbido presentó 2.81 veces mayor riesgo de hospitalización psiquiátrica, así como 3.52 veces mayor riesgo de utilizar servicios de justicia criminal que el grupo con TDM. Hubo una tendencia (P=0.056) del grupo comórbido a una mayor hospitalización general que el de TDM.

Costos de los servicios: Los costos de servicio anualizado por paciente fueron mayores para el grupo comórbido en las siguientes áreas: consulta externa de hospital general (P=0.003), servicios de justicia criminal (P=0.011), costo total por año a lo largo de la vida (P=0.015), así como en el costo por crimen a partir de los 17 años (P<0.001); hubo una tendencia en los costos por uso de servicios de trabajo social (P=0.67). El costo anualizado para el grupo comórbido fue de L1372 y para el de TDM de L631, (P=0.015).

Costo Criminal: La media del grupo comórbido fue de L179, y la del grupo con TDM fue de L32 (P<0.001).

Comparación con la población abierta: Aproximadamente, 4% de quienes nacieron en 1953 han recibido una sentencia; a su vez, el grupo con TDM presentó un 2% y el comórbido, 14%.

Utilización de cuidados de la consulta externa: 15% de los TDM y 39% de los comórbidos tuvieron una cita durante los tres meses previos a la entrevista. El grupo comórbido presentó 2.4 veces mayor riesgo de utilizar estos servicios que la población general.

Discusión

No se incluyen en esta investigación los costos por ausencia laboral o falta de empleo. Los pacientes con TDM utilizan los servicios criminales de forma similar a la población general y los comórbidos utilizan mucho más estos servicios. No se evaluaron días de estancia hospitalaria, lo cual es una limitante. Si se consideran los costos más elevados en general de quienes son comórbidos con TD, es necesario aplicar medidas "costo-efectividad" que optimicen los usos de servicios y mejoren la calidad de vida de quienes padecen estas enfermedades. En nuestro país es indispensable considerar los patrones de comorbilidad en los jóvenes disociales para un tratamiento eficaz, donde los recursos humanos y económicos sean utilizados óptimamente.

(Francisco de la Peña)

Bibliografía

KNAPP M, McCRONE P y cols.: The Maudsley long term follow up of child and adolescent depression 3 Impact of comorbid aconduc disorder on service use and costs in adulthood. *British J Psychiatry*, 180:19-23, 2002.

Trastornos mentales serios en 23000 prisioneros: una revisión sistemática de 62 encuestas

Cerca de nueve millones de personas en el mundo se encuentran encarceladas. En general, las encuestas psiquiátricas son pequeñas y se realizan en población seleccionada, además de que no han sido evaluadas sistemáticamente. Las tasas de prevalencia de trastornos mentales serios son importantes para las políticas de salud y para los servicios de salud de las prisiones. En el presente estudio se evalúan 62 encuestas psiquiátricas realizadas en población general de prisiones para determinar las tasas de prevalencia de trastornos mentales como los trastornos psicóticos, la depresión mayor y los trastornos de la personalidad; para ello se hacen especificaciones por sexo, tipo de prisionero y otras características. Se realizó una búsqueda en bases de datos como MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, en listas de referencias, así como *Journals*, y se discutieron y aclararon dudas con los autores. Se evaluaron además encuestas realizadas en países occidentales de enero de 1966 a enero del 2001. Tales países fueron Australia, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Irlanda, los Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, España, Suecia, Reino Unido y Estados Unidos. En estas encuestas la selección de la muestra fue: total de poblacion, selección al azar, selección al azar estratificada y combinaciones de las mismas. Los diagnósticos establecidos fueron por examen clínico y por el uso de cuestionarios validados (necesario para considerar T. de personalidad). Las encuestas excluidas fueron pocas por provenir de países no occidentales, por tener como diagnóstico principal el abuso de sustancias (que no se tomó en cuenta en este estudio por considerarse un factor de sesgo) o porque usaron jerarquías exclusivas de diagnósticos. Para cada encuesta analizada se determinó la localización geográfica, el año de la entrevista, el número de prisioneros entrevistados, el método usado, el tipo de prisionero (detenido *vs* sentenciado), la tasa de respuestas, los instrumentos y los criterios diagnósticos, el tipo de entrevistador, la edad promedio de los prisioneros, la proporción de género, el número de acusados por crímenes violentos y la duración promedio del encarcelamiento hasta la realización de la entrevista. Dentro de los trastornos psicóticos se incluyeron la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, los episodios de manía y los trastornos delirantes. Dentro de la depresión mayor se incluyó la depresión unipolar sintomática al menos durante las últimas dos semanas. Se registró cualquier reporte de trastorno de personalidad, principalmente el antisocial. Dentro de lo posible, los resultados se clasificaron de forma separada, aunque varios estudios no proveen resultados así. Los resultados en relación con el estudio y las características básicas señalan que el total de las encuestas (62) abarcó 22790 prisioneros, de los cuales 81% fueron hombres. En 2859, el promedio de edad fue de 29 años. El 26% (de 9776) fue acusado de crímenes violentos. Las características básicas variaron poco por trastorno. Veintiocho de las 62 encuestas se realizaron antes de 1990. La tasa de respuesta en 87% fue superior a 80% y, en cinco de siete encuestas con valores inferiores, fue incluso superior a 65%. La mayoría de las encuestas detalló la información de forma insuficiente para examinar la magnitud de la comorbilidad psiquiátrica. Dentro de los trastornos psicóticos (49 encuestas relevantes), 3.7% de los hombres (de 16047) y 4% de las mujeres (de 2964) tuvieron diagnóstico de algún trastorno psicótico. En relación con la depresión mayor (31 encuestas relevantes), 10% de los hombres (de 7631) y 12% de las mujeres (de 2898) presentaron el diagnóstico. En estos dos diagnósticos se encontró heterogeneidad en resultados únicamente en los hombres, lo que se explica parcialmente por la variabilidad en el uso de los instrumentos validados, por el tamaño de la muestra, el tipo de entrevistador, el tipo de preso (detenido *vs* sentenciado). En relación con los trastornos de personalidad (28 encuestas relevantes), 47% de los hombres (de 10797) y 21% de las mujeres (de 3047) presentaron el diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial. Estudios subordinados determinaron que 65% de los hombres (de 1529) y 42% de las mujeres (de 1281) tuvieron diagnósticos de trastornos de la personalidad. Se encontró una heterogeneidad que se explica parcialmente por el tamaño de la muestra y el tiempo de realización de la encuesta. De estos resultados, se determina que, de la población que permanece presa, una de cada siete tiene algún trastorno psicótico o depresión mayor, que son factores de riesgo para el suicidio; uno de dos hombres y una de cinco mujeres presenta diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial. En comparación con la población general la prevalencia de los trastornos mentales es superior: 2-4 veces más para los trastornos psicóticos y la depresión mayor; 10 veces más para el trastorno de personalidad antisocial. Estas estimaciones son útiles para elaborar políticas públicas e iniciativas de salud pública, principalmente en lugares donde esta información no se encuentra disponible en forma confiable.

(Roberto Manuel Rosales Tristán)

Bibliografía

FAZEL S, DANESH J: Serious mental disorder in 23000 prisoners a systematic review of 62 surveys, *The Lancet*, 359:545-550, 2002.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Director Emérito
Dr. Ramón de la Fuente.

Editor de la publicación
Dr. Gerardo Heinze.

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

Dirección: Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco Deleg. Tlalpan, 14370 México, D.F. Teléfono: 5655-28-11. Fax: 5655-04-11.

Suscripción anual 2002

	Nacional	*Extranjero**
Instituciones	$ 200.00	USD 60.00
Personas físicas	$ 200.00	USD 50.00
Estudiantes con credencial vigente	$ 100.00	USD 50.00
Números sueltos o atrasados	$ 30.00	USD 6.00

* Estos precios incluyen el correo aéreo.

Departamento de Publicaciones:

Norma Vollrath, Mario Aranda Marqués, Laura de los Angeles Díaz y Elizabeth Cisneros.