



INSTITUTO NACIONAL
DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE

Información

Clínica

Volumen 14

Número 4

Abril de 2003

Adaptación de la familia a los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo. Desarrollo de un instrumento que evalúa la conducta familiar

■ En el trastorno obsesivo compulsivo es común que los familiares se adapten a los síntomas de los pacientes, aunque algunas hipótesis clínicas suponen que esta adaptación es adversa y afecta al resultado del tratamiento. La adaptación familiar se asocia significativamente con pacientes que presentan sintomatología severa e importante disminución en su funcionamiento así como con la presencia de síntomas obsesivos compulsivos en los familiares. La adaptación de las familias a los síntomas de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo es ampliamente reconocida. Los familiares informan sobre su forma de propiciar el lavado de manos compulsivo de los pacientes, los rituales de chequeo, etc. De acuerdo con los hallazgos clínicos, muchas familias se esfuerzan por adaptarse a los síntomas obsesivos compulsivos, en un intento por contener y disminuir los síntomas del paciente.

El propósito de este estudio fue desarrollar y validar un instrumento confiable, la escala de adaptación familiar para el trastorno obsesivo compulsivo (FAS, siglas en inglés para *Family adaptation symptoms*), e investigar la construcción del proceso de adaptación de las familias, para así poder identificar a aquellas que pueden beneficiarse mediante una intervención orientada hacia el desarrollo de estrategias más adaptativas de funcionamiento ante el padecimiento.

Los terapeutas conductuales por mucho tiempo han hipotetizado que la adaptación familiar muchas veces refuerza las obsesiones y compulsiones del paciente, con lo cual se afecta desfavorablemente al resultado del tratamiento. Por lo tanto, se considera que la intervención familiar en el trastorno obsesivo compulsivo frecuentemente implica disminuir el grado de adaptación familiar a los síntomas y fortalecer la participación de la familia, estableciendo límites para las conductas sintomáticas. En el presente estudio se desarrolló un cuestionario para evaluar a las familias en los siguientes aspectos: a) Ha tranquilizado al paciente respecto a la naturaleza infundada de sus obsesiones; b) Se abstiene, de ser posible, de hacer o decir

cosas que disparen los síntomas; c) Ha facilitado la evitación del paciente; d) Propicia que los pacientes completen sus rituales. e) Participa en el ritual del paciente; f) Apoya al paciente en tareas simples o en la toma de decisiones; g) Modifica aspectos del trabajo, la familia o responsabilidades sociales para adaptarse al paciente; h) Modifica la rutina familiar a causa de las necesidades del paciente; i) Asume las responsabilidades familiares del paciente.

En el estudio se incluyó a 36 pares de pacientes y familiares. Cada par fue conformado por un paciente con trastorno obsesivo compulsivo primario y su cónyuge o por un familiar que viviera con el paciente y fuera identificado como el principal responsable. Todos los pacientes cumplían con el criterio del DSM-IV requerido para el diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo, establecido por medio de una evaluación psiquiátrica. Diecinueve (53%) de los pacientes eran de sexo masculino, 17(47%) de sexo femenino, y el promedio de edad en todos los pacientes fue de 30 años (SD 9.85 años). De los familiares, 22(61%) eran mujeres, 14 hombres (39%), 20 (56%) cónyuges, y 16 (44%) otros parientes. La edad promedio de los familiares fue de 43 años (SD 13.8). Evaluamos la severidad de los síntomas de los pacientes y su funcionamiento global mediante la escala de Yale-Brown y la escala de evaluación del funcionamiento global del DSM-IV (GAF), respectivamente. Los familiares completaron la entrevista del FAS que fue videograbada. También completaron el Yale-Brown para que se pudieran medir los síntomas obsesivos compulsivos en los propios familiares. Adicionalmente, los familiares completaron: a) *The Family Assessment Devicer* (FAD) que mide el funcionamiento global de la familia, b) *The Five minute Speech Sample* (FMSS), que contiene una breve medición de la emoción negativa expresada, c) *The Patient Rejection Scale* (PRS) que mide las actitudes de rechazo de los familiares hacia el paciente, d) *The Questionnaire on Resources and Stress*

Contenido

Adaptación de la familia a los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo. Desarrollo de un instrumento que evalúa la conducta familiar	19
Soledad y salud: mecanismos potenciales	21
Neurogénesis en adultos: implicaciones psiquiátricas	22
El efecto placebo	23
Psiquiatría de enlace: contribuciones a la práctica médica	23

(versión corta) (QRS), que mide la tensión experimentada por el familiar que cuida de un miembro enfermo de la familia, y e) *The Marlow-Crowne Social Desirability Scale*, que indica la propensión de los sujetos a responder preguntas de manera socialmente conveniente.

La escala de adaptación familiar para el trastorno obsesivo compulsivo (FAS), es un instrumento de 12 preguntas que debe ser aplicada por un clínico, a los familiares de los pacientes TOC. El FAS consta de dos secciones: a) El informe de los familiares sobre los síntomas del paciente y b) una evaluación de la adaptación familiar a los síntomas del paciente, incluyendo la frecuencia y severidad de esta adaptación.

La 1ª. Sección del FAS cuestiona a los familiares sobre la identificación de los síntomas recurrentes en el paciente, por medio de una lista detallada de síntomas, adaptada de la escala de Yale-Brown. Esta encuesta, aunque no intenta mostrar una completa y exacta estimación de las obsesiones y compulsiones de los pacientes, permite que sean los familiares quienes identifiquen los síntomas de manera consciente y que el clínico desarrolle la habilidad de indagar y mostrar las conductas adaptativas. La 2ª. Sección del FAS consiste en 12 preguntas que evalúan la conducta adaptativa. Este instrumento incluye la evaluación de nueve conductas adaptativas de acuerdo al cuestionario original, además de tres nuevas preguntas: a) observación de los rituales completos del paciente, b) esperar al paciente, c) tolerar las conductas aberrantes o los condicionamientos dentro del hogar (p.e. compulsiones de atesoramiento). El FAS utiliza preguntas generales seguidas de un sondeo específico basado en los síntomas del paciente, para evaluar cada conducta adaptativa. Por ejemplo, para evaluar el apoyo de los familiares en las compulsiones del paciente, el clínico formula la siguiente pregunta escrita: "Durante la semana pasada, ¿le ha proporcionado a (nombre del paciente) objetos que él o ella necesitan para practicar sus hábitos compulsivos, o le ha ayudado en otras cosas para que intente practicarlos o completarlos? El clínico formula un ejemplo relevante: Usted notó que (nombre) lavó sus manos excesivamente. Durante la semana pasada usted compró jabón extra u otro artículo que él o ella necesita para su ritual. La respuesta negativa se califica como cero. Si los familiares responden afirmativamente a la pregunta inicial, el grado de cada conducta adaptativa es nuevamente evaluado y calificado con un rango de 1 (ligero) a 4 (extremo). Para este estudio se evaluó el grado de cada conducta adaptativa en varios aspectos (p.e.: cuál es la frecuencia de la conducta, en cuánto tiempo los familiares se agotan por soportar la conducta). También se examinaron el rango y la distribución de la calificación total del FAS. Se correlacionaron los ítems de la escala individual con las calificaciones obtenidas por los familiares en la escala de Marlow-Crowne de conveniencia social, para asegurar que las respuestas que dichos familiares dieron al clínico que aplicó el FAS no estuvieran sesgadas por contestaciones socialmente aceptadas. Se examinaron el grado de confiabilidad y la congruencia interna. La confiabilidad fue valorada mediante la clasificación por intervalos de correlación de coeficientes (ICCS) para cada uno de los 12 ítems. Para valorar la congruencia interna del FAS, se utilizó el Alpha de Cronbach. Se esperaba que la calificación del FAS estuviera significativamente correlacionada con los instrumentos aplicados: FAD, FMSS, PRS y QRS. Se correlacionó también con la edad, género y rol de los familiares para determinar si la adaptación familiar iba asociada con estas características demográficas.

No se encontró correlación significativa entre los ítems del FAS individual y las calificaciones de los familiares en la escala de Marlow-Crowne; por lo tanto no fueron eliminados ninguno de los ítems de la base.

El coeficiente del Alpha de Cronbach fue de .82, lo que demostró buena congruencia interna. El ICCs demostró que hubo excelente concordancia entre las tres clasificaciones de los ítems individuales del FAS. Como muchos ítems requirieron sólo codificación para las respuestas objetivas, la elevada concordancia era de esperarse. Sin embargo, los ítems del 9 al 12 requieren evaluación subjetiva. La clasificación obtenida con el ICCs para estos ítems fue: $r=.75$; $r=.92$; $r=.92$ y $r=.95$, respectivamente, lo que demostró marcada concordancia. Como se esperaba, la calificación de la adaptación familiar se encuentra significativamente correlacionada con la calificación del Yale-Brown de los pacientes ($r=.49$, $p<.003$, $N=34$) y con la calificación del GAF ($r=.45$, $p<.009$, $N=33$). La calificación del FAS esta asociada con: a) Un pobre funcionamiento global familiar del FAD ($r=.50$, $p<.002$); b) las actitudes de rechazo hacia el paciente, valoradas por el PRS ($r=.67$, $p<.001$); y c) la subescala QRS que evalúa la dependencia y manejo del paciente ($r=.73$, $p<.001$), las limitaciones en las oportunidades familiares ($r=.65$, $p<.001$), las carencias de recompensas personales ($r=.45$, $p<.006$); la carga experimentada por el familiar ($r=.58$, $p<.001$) y la falta de armonía familiar ($r=.38$, $p<.02$). Sin embargo, las calificaciones del FAS no estuvieron asociadas con la emoción negativa expresada por los familiares evaluada en el FMSS ($r=.14$, $p<.44$, $N=33$). La validación discriminativa, demuestra la falta de asociación entre el FAS y la subescala QRS, que mide la tensión económica ($r=0.5$, $p<.79$) y la tensión asociada con el cuidado de un familiar con deterioro cognoscitivo ($r=-.05$, $p<.78$), con enfermedad terminal ($r=.004$, $p<.98$), y con limitaciones físicas ($r=.18$, $p<.3$).

En concordancia con los hallazgos del estudio previo, cerca del 89% de los familiares de esta muestra se había adaptado a los síntomas del paciente. Las calificaciones de la adaptación no se hallaron relacionadas con la edad o el género de los miembros de la familia ($r=.11$, $p<.51$; $r=.13$, $p<.45$, respectivamente) ni con el grado de parentesco (esposos o parientes del paciente, $r=-.013$, $p<.94$). De aquellos familiares que se adaptaron al paciente ($N=32$), alrededor de 80% reportó que consideraba las obsesiones y compulsiones del paciente completamente irracionales. De los familiares, 66% no piensa que con su adaptación haga que se alivien los síntomas del paciente, y 5% no cree que la adaptación por sí sola mejore el funcionamiento del paciente. Además, 52% de los familiares que se adaptaron a los síntomas, indicaron que el hacerlo no fue personalmente provechoso o satisfactorio para ellos; 69% experimentó angustia de leve a severa cuando se adaptaba al paciente; y 49% indicó haber manifestado hostilidad o ser crítico con el paciente cuando se involucraba con los síntomas. Setenta y cinco por ciento informó que los pacientes empleaban más tiempo completando los rituales si sus familiares se adaptaban a sus necesidades. De éstos, 57% ($N=21$) y 72% ($N=29$), respectivamente, manifestó que al involucrarse los familiares en las conductas adaptativas, disminuye considerablemente el enojo y la ansiedad del paciente, y 76% informó ($N=24$) que se adaptaba a los síntomas, en un esfuerzo por disminuir el tiempo que empleaba el paciente en las actividades compulsivas. Se encontró que existe una elevada tendencia obsesivo compulsiva en los propios familiares, según evalúa el Y-Brown, y un alto grado de adaptación de tales familias, calificado en el FAS ($r=.39$, $p<.02$).

Conclusiones

Es probable que la adaptación se inicie impulsada por el paciente, ya que el mayor motivo de las familias para adaptarse a las conductas del mismo es en respuesta al enojo y la ansiedad que éste manifiesta, por lo que un tratamiento exitoso podría, en

algunos casos, dar por resultado la complementaria disminución de la adaptación familiar. Muchos familiares tal vez sean renuentes a hacer un esfuerzo por disminuir su grado de adaptación, por temor a suscitar el enojo del paciente, por lo que involucrar a la familia en estos casos puede ser necesario para alcanzar la mejoría del paciente. Los hallazgos sugieren que aquellos familiares que presentan síntomas obsesivo compulsivos, tal vez se adaptan y promueven los síntomas del paciente como una forma de expresar sus propias conductas sintomáticas. En estos casos las familias pueden ser más propensas a abandonar el tratamiento.

(María Teresa López Jiménez)

Bibliografía

CALVOCORESSI L, MAZURE MC, STANISLAV V, SKOLNICK J, FISK D, VEGSO JS, VAN NOPPEN B, PRICE HL: Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms. *J Nervous Mental Disease*, 187:636-642, 1999.

CALVOCORESSI L, LEWIS B, HARRIS M, GOODMAN WK, TRUFAN SJ, McDOUGLE CJ, PRICE LH: Family accommodation in obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 152:441-443, 1995.

Soledad y salud: mecanismos potenciales

■ Diversos estudios apoyan la hipótesis de que el aislamiento social es un factor de riesgo para la morbimortalidad, comparable con la obesidad, los estilos de vida sedentarios e incluso el consumo de tabaco. En el presente estudio, el enfoque se orienta hacia el constructo psicológico de la soledad, que consiste en experimentar sentimientos de aislamiento social, debidos en parte a la discrepancia entre las relaciones deseadas por un individuo y las que realmente tiene. Este trabajo evalúa mediante los estudios, cuatro mecanismos específicos con los cuales los sentimientos de soledad puedan relacionarse con la morbimortalidad; entre éstos, hábitos pobres de salud, activación cardiovascular alterada, niveles altos de cortisol y pobre calidad de sueño:

En el estudio 1, participaron 45 hombres y 44 mujeres, estudiantes, que fueron evaluados según la escala de soledad de UCLA, para dividirlos en dos grupos de acuerdo a su grado de soledad y para comparar sus niveles de cortisol, calidad de sueño y hábitos de salud. El estudio de las diferencias cardiovasculares fue realizado mediante un modelo factorial mixto. Se aplicaron diversas escalas, tales como el cuestionario demográfico, la escala de Beck para depresión y la escala de Pittsburgh para calidad de sueño. Se midió asimismo la actividad cardiovascular, para los análisis de frecuencia cardíaca (FC), contractilidad cardíaca, respiración, gasto cardíaco (GC) y resistencia vascular periférica (RVP). Posteriormente, se sometió a los participantes a pruebas verbales y aritméticas, que fueron seguidas por la prueba de ortostasis y finalmente por la de locución. Al día siguiente se les tomó saliva en nueve ocasiones aleatorias durante el día, para la medición del cortisol. Resultados: *Hábitos* de salud: la única diferencia consistió en el uso de drogas, que fue

generalmente bajo, pero mayor entre la gente que se hallaba sola. Actividad cardiovascular: durante las pruebas aritméticas, se observó una relación significativa entre la soledad y el periodo, tanto para TA sistólica ($p<.05$) como para TA diastólica ($p<.05$). Estos efectos se debieron principalmente a la presión arterial basal elevada en los sujetos en soledad comparados con aquellos que no están en esta condición. Asimismo, en cuanto a la RVP, los sujetos que dijeron hallarse solos mostraron niveles incrementados de sentimientos de soledad en relación con los sujetos del otro grupo, a nivel basal y durante los estresores. En lo que respecta a la FC, se encontró que había una interacción significativa entre periodo y soledad para el estresor verbal ($p<.05$). El periodo de preeyección (GC) reveló un efecto significativo entre el periodo y la soledad para el estresor aritmético ($p<.05$) y verbal ($p<.01$). En lo que respecta al estresor ortostático, los participantes con niveles altos de soledad, mostraron valores más altos de RVP que los del grupo opuesto. Niveles de cortisol: no se encontraron interacciones. Calidad de sueño: los sujetos en soledad mostraron puntajes más altos en la escala PSQI que los del otro grupo ($p<.001$). Posteriormente, se calcularon las correlaciones entre las medidas dependientes (RVP, PSQI, uso de drogas, cortisol); no se hallaron correlaciones significativas entre estas medidas. Más aún, los efectos de la soledad en estas medidas no se eliminaron cuando se controló estadísticamente la depresión.

En el estudio 2: participaron 25 sujetos entre los 53 y 78 años (seis hombres y 19 mujeres). El diseño del estudio fue de 2 (soledad: presente/ausente) x 2 (edad:joven/viejo) x género, en el que los participantes nuevamente fueron divididos en dos grupos con base en el cuestionario de soledad de UCLA; y la diferencia de edad se determinó con un corte en 65 años. Se aplicaron las escalas: PSQI y la escala de ejercicio; se midieron nuevamente las concentraciones de cortisol, FC, TA y además, altura, peso, cintura y caderas. Este estudio se enfocó en las medidas basales, dado que en el ejercicio 1 las diferencias en el área cardiovascular ya se habían obtenido. Durante la sesión, se midió en tres ocasiones la TA y FC. Al día siguiente se recolectaron las muestras de saliva, cada hora, de las 08:00 a las 16:00 hrs.

Resultados

Hábitos de salud: no se encontraron diferencias en los índices de masa corporal, consumo de alcohol, tabaco y cafeína documentados, ni en el ejercicio o cumplimiento médico. Actividad cardiovascular: el ANOVA reveló un efecto significativo respecto de la edad ($p<.059$), así como la interacción entre edad y soledad ($p=.05$). Las comparaciones confirmaron que, entre los participantes en soledad, la TA sistólica era mayor en los individuos de 65-78 años. Asimismo, la FC fue mayor entre los individuos mayores que se hallaban solos, $p<.05$. La correlación entre edad y TA sistólica en el grupo recién mencionado fue de 0.78 ($p<.05$) y en el grupo opuesto no fue significativa. Niveles de cortisol: no se observaron interacciones. Calidad de sueño: los sujetos en soledad obtuvieron puntajes más altos

en la escala PSQI ($p < .01$), mostrando mayor trastorno a nivel del sueño. Como en el estudio 1, se calcularon las correlaciones entre las medidas dependientes (TA, PSQI, cortisol). Los resultados no revelaron correlaciones significativas entre dichas medidas.

Conclusiones

Los resultados del estudio comprueban que los hábitos de salud pueden no ser la causa de las diferencias en morbimortalidad entre los individuos en soledad y los que se encuentran acompañados. La función cardiovascular, por el contrario, difiere en función de la soledad en ambos estudios. Las diferencias en la función hemodinámica observada en los adultos jóvenes pueden contribuir a la elevación de la tensión arterial en los adultos mayores que se hallan solos. Por otra parte, se observó una menor calidad de sueño entre los individuos solitarios. Si los individuos se hallan solos de manera crónica, es factible que los efectos de las noches alteradas disminuyan en ellos los procesos de restauración y la resiliencia. Los resultados señalan por tanto que la activación autonómica y la disfunción del sueño pueden representar mecanismos mediante los cuales la soledad puede afectar la salud.

(Abigail Ortiz Domínguez)

Bibliografía

CACCIPO J, HAWKLEY L y col: Loneliness and health: potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64:407-417, 2002.

Neurogénesis en adultos: implicaciones psiquiátricas

■ Los campos de la psiquiatría y de la neurociencia han entablado una relación cercana en las décadas previas, principalmente en lo que respecta a la neuroquímica y la neuroanatomía. Un aspecto del cerebro humano adulto –que es potencialmente relevante para la investigación en psiquiatría– es su habilidad para generar nuevas neuronas en la adultez; más aún, cuatro líneas de investigación sugieren además que la neurogénesis puede contribuir a la neuroplasticidad: a) la neurogénesis ocurre en estructuras cerebrales con un alto grado de plasticidad neuronal (hipocampo y bulbo olfatorio); b) la neurogénesis se encuentra en todas las especies de mamíferos; c) la neurogénesis está regulada por estímulos ambientales y fisiológicos, d) la neurogénesis se correlaciona con un mejoramiento en ciertas conductas (tareas dependientes del hipocampo). Dado que las alteraciones en la morfología y función del hipocampo se asocian con numerosos trastornos psiquiátricos, es deseable analizar la contribución que las alteraciones en la neurogénesis hipocámpal pueden tener en la etiología y fisiopatología de dichos trastornos. Como en cualquier campo de estudio que crece

rápido, han surgido diversos retos dentro del campo de la neurogénesis, entre los que se encuentran los criterios de definición de citogénesis y neurogénesis, los métodos utilizados para estimar el número de células nuevas o el uso de los marcadores exógenos para mitosis. Respecto a ello, la neurogénesis se define mediante cuatro criterios: tiempo, localización, morfología y marcadores neuronales. Sin embargo, uno de los retos finales es poner en claro el papel de las nuevas neuronas en el cerebro adulto, ya que la hipótesis de que “más neuronas es igual a mejor memoria” es controvertida, dados los informes sobre incrementos en la citogénesis y neurogénesis después de episodios patológicos. Los estudios realizados pueden, por tanto, obligarnos a llevar las expectativas en relación con la neurogénesis hacia una hipótesis más general: más neuronas, incorporadas a los circuitos existentes, pueden conducir a un mejor funcionamiento del hipocampo.

Entre los trastornos psiquiátricos que incluyen alteraciones afectivas y en las funciones de aprendizaje y memoria, en las que se involucra al hipocampo, se hallan los siguientes trastornos: de ansiedad, afectivos (depresivo y bipolar), el abuso de sustancias y la esquizofrenia. En lo que respecta al primer grupo, los estudios básicos y clínicos sugieren que la activación del eje límbico-hipotálamo-hipófisis-adrenal (LHPA) y la transmisión glutamatérgica contribuyen a la muerte y a una menor proliferación de las células del hipocampo que ocurre en el trastorno por estrés postraumático, y en los trastornos afectivos. Más aún, un aspecto importante de este segundo grupo es la hipótesis de que los tratamientos efectivos producen cambios morfológicos cerebrales que subyacen o contribuyen al impacto terapéutico. Por otra parte, se cree que las alteraciones en la estructura del hipocampo y en su función después de la exposición crónica a sustancias de abuso, se acompañan de alteraciones en la neurogénesis; además, recientemente se ha implicado al hipocampo como contribuyente a las adaptaciones neuronales que subyacen a la adicción. Finalmente, se han realizado escasos estudios en el campo de la neurogénesis en la esquizofrenia, aunque se ha demostrado que los medicamentos antipsicóticos pueden alterar la proliferación celular y neuronal. Contrariamente a los trastornos expuestos, en lo que respecta a experiencias “positivas” (exposición a un ambiente enriquecido, ejercicio voluntario o aprendizaje dependiente del hipocampo) se han hallado incrementos en la neurogénesis. La información que se tiene a la fecha, respecto a los mecanismos moleculares y celulares por los cuales estas experiencias favorecen la neurogénesis no es muy amplia. Sin embargo, los progresos en esta dirección ayudarán a conformar la relación potencial entre la neurogénesis y los trastornos psiquiátricos; más aún, surgirá la posibilidad de utilizar nuevas estrategias en el tratamiento de dichos trastornos.

(Abigail Ortiz Domínguez)

Bibliografía

EISCH A: Adult neurogenesis: implications for psychiatry. *Progress Brain Research*, 138:315-342, 2002.

El efecto placebo

Introducción

La respuesta placebo es una consecuencia inevitable y un distractor inherente en cualquier intervención terapéutica. Sin embargo, los estudios de seguimiento han demostrado las ventajas de la medicación de mantenimiento sobre el placebo para prevenir recaídas.

El metabolismo regional de la glucosa medido con la Tomografía por Emisión de Positrones (PET) se ha estudiado en estados depresivos, antes y después del tratamiento. Se han encontrado cambios funcionales en la corteza, el sistema límbico-paralímbico y en áreas subcorticales, después de diferentes tipos de tratamiento, incluyendo intervenciones cognoscitivas. Este es el primer estudio con PET sobre los cambios del metabolismo cerebral asociados a la respuesta a placebo.

Objetivo

Examinar los cambios regionales en el metabolismo de la glucosa asociados a la respuesta placebo, en pacientes con depresión, y compararlos con pacientes que recibieron fluoxetina.

Material y Método

Población: 17 varones, que cumplieron los criterios del DSM-IV mediante una entrevista estructurada, en casos de episodio depresivo mayor, unipolar; no medicados y sin historia de resistencia a fluoxetina. Se excluyó a aquéllos con comorbilidad neurológica, trauma cerebral, otro diagnóstico del eje I, síntomas psicóticos, abuso de sustancias, tratamiento antidepresivo dentro de ese mes, previa falta de respuesta a la fluoxetina y terapia electroconvulsiva previa. Se les hospitalizó en una unidad de investigación durante 6 semanas, asignando aleatoriamente fluoxetina 20mg/día o placebo. Recibieron visitas diarias individuales con un médico en entrenamiento, participaron en terapia de grupo y en varias actividades, pero no recibieron psicoterapia. **Imagenología:** se hizo una toma basal, otra a la primera semana y otra a la sexta semana de recibir fluoxetina o placebo; se realizó también una resonancia magnética. La mejoría clínica se evaluó con la escala de depresión de Hamilton y con una batería estandarizada de pruebas de conducta que valoró variables como estado de ánimo, desempeño motor y cognición. Los respondedores se definieron con disminución mínima de 50% en la escala de Hamilton con respecto a la basal. Los cambios relacionados con el metabolismo regional de la glucosa se detectaron bajo análisis de distribución de cambios, interpretados con las coordenadas de Talairach y Tournoux en las áreas de Brodmann. Se compararon los cambios de 6 semanas vs basal y 1 semana vs basal, de manera independiente. El presente estudio se basó en la respuesta al placebo a 6 semanas.

Resultados

Hubo remisión de síntomas en 8 de los 15 sujetos que completaron el estudio (4 con placebo y 4 con fluoxetina). La mejoría clínica fue comparable en el grupo de respondedores a placebo y fluoxetina, no hubo diferencias demográficas en las características del trastorno o en las variables de desempeño cognoscitivo.

Respuesta a placebo: cambios significativos del metabolismo: (beta-2=3.97, df=1972, p<0.0001). Incremento: corteza prefrontal, premotora, inferior parietal, ínsula posterior y cíngulo posterior. Disminución: cíngulo subgenual, hipotálamo, tálamo, área suplementaria sensorial insular y parahipocampo. No hubo cambios regionales únicos para los respondedores al placebo a 6 semanas.

Respuesta a fluoxetina: cambios metabólicos regionales significativos (beta-2 =3.44 df=1972 p<0.0006). El patrón de los cambios metabólicos se empareja con los cambios encontrados en la respuesta a placebo pero la magnitud fue mayor pues involucró mayor volumen que aquéllos observados con placebo. Hubo un incremento único en tallo cerebral y disminución del metabolismo en estriado, hipocampo e ínsula anterior.

(Ma. Teresa Espino)

Bibliografía

MAYBERG H, SILVA A, BRANNAN S, TEKELL J, MAHURIN R, McGINNIS S, JERABECK P: *Am J Psychiatry*, 159:728-737, 2002.

Psiquiatría de enlace: contribuciones a la práctica médica

■ El objetivo del presente artículo es revisar la contribución de los psiquiatras de enlace en la práctica médica y las perspectivas a futuro de esta área de la psiquiatría, con la finalidad de obtener la aprobación del Comité Norteamericano de Psiquiatría y Neurología para la creación de una subespecialidad en psiquiatría de enlace, designada como "Medicina Psicosomática". Desde 1958, diversos psiquiatras se han dedicado al estudio de la comorbilidad psiquiátrico-médica, y han encontrado una asociación entre el *delirium* y la privación sensorial producida por cirugías oftalmológicas, el *delirium* y la cirugía de corazón abierto. Se han establecido medidas para disminuir la incidencia de su presentación y la enseñanza de su diagnóstico diferencial. Se ha explorado el efecto tanto de la negación en pacientes con infartos agudos al miocardio como de la indiferencia afectiva, la cual podría reducir la ansiedad y sus consecuencias cardiovasculares.

Otro problema común de interconsultas para el psiquiatra de enlace es el manejo de pacientes que piden su alta hospitalaria contrariniendo las indicaciones médicas. Se ha estudiado también el impacto psicológico del cáncer y de la cirugía oncológica, señalándose que, a pesar del alto número de sobrevivientes de cáncer, la cirugía oncológica generalmente ocasiona alteraciones severas del funcionamiento, sin haberse dado importancia a los factores psicológicos de la invalidez. A partir de las investigaciones realizadas se estableció la subespecialidad de psico-oncología para el estudio sistemático del impacto psicológico del cáncer. Otra área que ha sido sistematizada es la psiconefrología, en la cual se estudian los efectos psiquiátricos de la diálisis renal y del trasplante renal. Asimismo, los candidatos a trasplante de órganos deben ser evaluados por un psiquiatra de enlace para la selección adecuada de los sujetos. Otros hallazgos señalaron que la investigación del psiquiatra de enlace ha sido fundamental para el diagnóstico diferencial de los síntomas cardiovasculares en los ataques de pánico, la depresión postinfarto y la morbimortalidad, el papel emocional de la muerte súbita por fibrilación ventricular, la relación entre los trastornos vasculares cerebrales y la depresión, las alteraciones neuropsiquiátricas por infección por VIH, el síndrome de fatiga crónica, la fibromialgia y el tratamiento con inmunosupresores.

Desde 1937 se ha estudiado la relación que tiene la disminución del costo de los servicios de salud con la presencia de un servicio interconsultante de psiquiatría de enlace. Se ha documentado que dicho servicio de psiquiatría de enlace mejora la calidad de la atención médica y reduce simultáneamente, los costos que ésta genera.

Perspectivas a futuro

Enseñanza. Existe la necesidad de un mayor humanitarismo dentro de la práctica médica para establecer una relación médico-paciente equilibrada y preocupada por las necesidades emocionales del enfermo. Los psiquiatras al tener un entrenamiento médico orientado hacia este objetivo, se han preocupado por la instrucción de los médicos de las diversas áreas no psiquiátricas, indicándoles la forma de manejar a los pacientes difíciles conforme a sus características psicopatológicas, y a establecer con ellos una relación cercana.

Ética Clínica. El psiquiatra de enlace está particularmente equipado para la resolución de cuestiones ético-médicas ya que cuenta con el entrenamiento requerido para entender el papel de los factores psicológicos en la resolución de conflictos pertinentes a las decisiones de competencia legal, el suicidio asistido, la prolongación de la vida, la investigación biomédica, el diagnóstico genético, etc.

Cuidado terminal. Existe la necesidad de un manejo adecuado del proceso de la muerte por parte de los médicos dado que esto es lo que espera de ellos el paciente y lo que los mismos médicos, en su mayoría, esperan poder ofrecer. Sin embargo, el médico considera la muerte como una falla y reacciona de acuerdo a esta idea. El psiquiatra, quien se encuentra más familiarizado con las necesidades emocionales de los enfermos, puede asumir el rol de líder en el entrenamiento de los médicos no psiquiatras, para el manejo del paciente terminal.

Se considera que la medicina psicosomática debe prevalecer y seguir avanzando, con el objeto de impartir a los médicos no psiquiatras conocimientos sobre psiquiatría que redunden en una buena relación médico-paciente.

(Claudia Becerra Palars)

Bibliografía

KORNFELD DS: Consultation-liaison Psychiatry: Contributions to Medical Practice. *Am J Psychiatry*, 159:1964-1972, 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 2003

	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.

