



Información

Clínica

Volumen 15

Número 1

Enero de 2004

Evaluaciones de la calidad de vida en el trastorno depresivo mayor: una revisión de la bibliografía

■ En la actualidad el trastorno depresivo mayor es la segunda causa de incapacidad en los países desarrollados y la cuarta en el ámbito mundial. De acuerdo con las proyecciones estimadas, se considera que para el año 2020 pasará a ser la segunda. Tal vez el aspecto de mayor importancia que tiene la depresión es el relativo al impacto que produce sobre el funcionamiento psicosocial en particular y en la calidad de vida en general. Hay un número importante de estudios que comparan a los pacientes deprimidos con controles normales en diversos niveles de su función psicológica y social. Sus resultados ponen de manifiesto que los sujetos deprimidos tienen un nivel funcional deteriorado en aspectos tales como el rol familiar, el ocupacional y el marital. Los enfermos manifiestan tener relaciones interpersonales de baja calidad y mayor insatisfacción en sus interacciones sociales. Estos datos cobran una mayor relevancia si consideramos que provienen de muestras comunitarias de más de 5000 sujetos encuestados. Otros aspectos que denotan el impacto de la enfermedad sobre la función psicosocial incluyen el que las deprimidas tienen más antecedentes de embarazos durante la adolescencia, y que en uno y otro sexo hay un grado más alto de estudios incompletos y una mayor incidencia de divorcios. Se documenta también, que este deterioro es mayor que el que se observa en otro tipo de enfermedades crónicas y de larga evolución.

A pesar de que la afectación psicosocial es un aspecto de suma importancia en las enfermedades afectivas, son pocos los estudios sobre tratamientos farmacológicos que ponen énfasis en valorar el impacto que puede tener el tratamiento, sobre la recuperación de la calidad de vida y la limitación de la incapacidad en los enfermos. En este sentido, la respuesta clínica y la remisión de los síntomas son necesarias pero no bastantes para declarar que un paciente se ha recuperado de manera integral. El problema consiste en que, de acuerdo con pensamiento clínico tradicional, el liberar al paciente del cuadro sintomático es garantía de que su calidad de vida mejorará. Sin embargo, esto no se cumple necesariamente en todos los casos. Es importante considerar que el deterioro que la enfermedad produce en la calidad de vida del sujeto, depende de un gran número de factores. Por ejemplo, uno de los de mayor importancia es el tiempo de duración de la

enfermedad: a mayor tiempo de duración el impacto negativo sobre los aspectos psicosociales será mayor. En este sentido, pocos estudios consideran como una variable por determinar, el tiempo de duración del padecimiento o el número de episodios que se han presentado a lo largo de la vida y los periodos intercalados de remisión. Otro factor que hay que considerar corresponde a la participación que tienen los rasgos básicos de la personalidad sobre la capacidad de adaptación a la enfermedad. La experiencia clínica demuestra que mientras hay sujetos con mayores capacidades de tolerancia y adaptación, otros las tienen reducidas y por lo tanto son más susceptibles a deteriorarse funcionalmente. Finalmente, las redes de apoyo psicosocial son relevantes para reducir el impacto de la enfermedad sobre el sujeto.

La razón que justifica la falta de interés de los investigadores en incluir estos aspectos en sus ensayos terapéuticos la encontramos, por lo menos parcialmente, en que habitualmente son variables difíciles de cuantificar de manera rigurosa, de forma que puedan ser comparables. La mayoría de los estudios farmacológicos sobre tratamientos antidepresivos agudos, demuestra que los más de los fármacos tienden a mejorar la calidad de vida de los enfermos, de manera paralela a la mejoría o reducción de la sintomatología clínica. De hecho, parece ser que todos los tratamientos farmacológicos efectivos tienen esa característica, si bien hay una cierta tendencia de la sertralina a ser más eficaz que los demás fármacos para estos aspectos en particular. Otro enfoque adicional de estos estudios ha sido el de comparar la eficacia en la mejoría de la función psicosocial de los pacientes cuando se les dan tratamientos farmacológicos solos

Contenido

Evaluaciones de la calidad de vida en el trastorno depresivo mayor: una revisión de la bibliografía	1
Nuevas alternativas para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada	2
El hombre y la mujer enferman en forma diferente	4
Restableciendo el balance de las relaciones entre la industria y la academia en una era de conflictos de intereses financieros institucionales	4
Trastornos de la conducta y su evolución a trastornos de la personalidad	5

y cuando se administran añadiendo ayuda psicoterapéutica. Tal como es de esperarse, la asociación fármaco-psicoterapia tiene una mayor eficacia para mejorar la función psicosocial, en comparación con los resultados obtenidos al aplicar sólo una de esas alternativas de tratamiento.

La falta de valoraciones en la medición de estos aspectos es un fenómeno común sobre todo en los estudios farmacológicos de las nuevas clases de antidepresivos. Tal vez la única excepción al respecto sea el caso de la reboxetina. Este antidepresivo, como inhibidor selectivo de la recaptura de norepinefrina tiene, al menos en teoría, un efecto mayor sobre la motivación y el nivel de energía, comparado con los antidepresivos de inhibición preferencialmente serotoninérgica. Esto por lo tanto, le confiere mayores propiedades de reactivación que podrían traducirse en un mejor regreso a los niveles premórbidos de funcionamiento psicosocial. Los datos al respecto han permitido que se le agregue un valor adicional a este medicamento y han vuelto a poner en evidencia la necesidad de considerar estos aspectos en las valoraciones globales de la eficacia de los tratamientos antidepresivos.

Pocos son los estudios de seguimiento sobre eficacia terapéutica a largo plazo, que incluyen la medición de la calidad de vida y del funcionamiento psicosocial. Si bien unos cuantos estudios demuestran que la recuperación en estos parámetros se mantiene mientras el paciente continúa en remisión clínica, la impresión de la mayoría de los investigadores es que el grueso de los pacientes con seguimiento a largo plazo, tiene una remisión parcial de los síntomas y mantiene las discapacidades funcionales en general. Adicionalmente, se ha documentado que la severidad de la depresión mantenida a largo plazo, se correlaciona con los niveles basales de disfunción psicosocial y que a su vez, la mejoría sintomática se correlaciona con una mejoría de la función psicosocial y de la calidad de vida del sujeto. Estos hallazgos refuerzan el concepto de que existe una interacción recíproca entre la calidad de vida y la depresión y sugieren que si el tratamiento se enfoca en ambas medidas de respuesta, esto repercutirá en mejores estrategias de tratamiento a largo plazo. Integrando estos aspectos, es factible considerar que si bien la intervención psicofarmacológica en las depresiones mejora la función psicosocial y la calidad de vida, es importante considerar que a lo largo del tratamiento puede persistir un grado importante de discapacidad. La pregunta que queda por resolver es si las intervenciones psicoterapéuticas en las fases del tratamiento a largo plazo podrían ayudar a mejorar estos aspectos. Es indispensable que se lleven a cabo estudios encaminados a utilizar estas alternativas de tratamiento y observar su efecto sobre la funcionalidad psicosocial de los pacientes.

La valoración de la calidad de vida de los pacientes deprimidos se debe considerar como prioritaria para determinar con precisión hasta dónde ayuda el clínico a resolver el problema de manera integral. Este es un aspecto que no ha sido abordado suficientemente y por lo tanto deja una brecha de información que, al llenarse, podría enriquecer notoriamente la calidad de la atención médica. Quien ejerce los procedimientos de atención médica de una manera responsable y con destreza, no debe dejar de lado estos aspectos que redundan en resultados más positivos y sobre todo, en una reducción de los problemas potenciales que pueden aparecer en el curso de estos padecimientos, a largo plazo.

(Carlos Berlanga)

Bibliografía

ANDREOLI V, CAILLARD V, DEO RS y cols.: Reboxetine, a new noradrenaline selective antidepressant, is at least as effective as

fluoxetine in the treatment of depression. *J Clin Psychopharmacol*, 22 (4):393-399, 2002.

HIRSCHFELD RM, DUNNER DK, KEITNER G y cols.: Does psychosocial functioning improve independent of depressive symptoms? A comparison of nefazodone, psychotherapy and their combination. *Biol Psychiatry*, 51(2):123-133, 2002.

KOCSIS JH, SCHATZBERG A, RUSH AJ, KLEIN DN y cols.: Psychosocial outcomes following long-term, double-blind treatment of chronic depression with sertraline versus placebo. *Arch Gen Psychiatry*, 59(8):723-728, 2002.

PAAKOSTAS GI, PETERSEN T, MAHAL Y y cols.: Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *General Hospital Psychiatry*, 26:13-17, 2004.

Nuevas alternativas para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada

■ El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) tiene habitualmente una evolución crónica con exacerbaciones periódicas. Su relevancia dentro de la clínica empieza recientemente a ponerse de manifiesto, al considerarlo como un padecimiento frecuente tanto en forma individual como asociado a otro tipo de trastornos. Hasta hace no mucho tiempo el único tratamiento utilizado para esta entidad consistía en las benzodiazepinas; sin embargo, ahora hay evidencia de que otras alternativas farmacológicas como el uso de los antidepresivos de recaptación selectiva, tienen también efectividad. Tanto la venlafaxina como la paroxetina han sido aprobados recientemente en los Estados Unidos de Norteamérica para estos casos, y seguramente otros fármacos de este grupo también serán incluidos en un futuro cercano.

En la última reunión de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana llevada a cabo en la ciudad de San Francisco, California en el mes de mayo del año pasado, se presentaron varios trabajos de investigación clínica, encaminados a demostrar la eficacia de algunos fármacos en el tratamiento del TAG. Entre ellos se incluyeron, el anticonvulsivo tiagabina, los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina: sertralina y escitalopram y un nuevo ansiolítico con mecanismo de acción diferente: la pregabalina.

Dos trabajos se centraron en estudiar la eficacia de la tiagabina, que es un inhibidor selectivo de la recaptura del GABA utilizado en neurología como fármaco adicional para el tratamiento de las crisis epilépticas parciales. Como se sabe, el GABA es el principal neurotransmisor inhibitorio en el Sistema Nervioso, y participa como mediador químico en los fenómenos de ansiedad y de sueño. Uno de los estudios fue desarrollado por el grupo de Rosenthal, que llevó a cabo un ensayo clínico abierto de 10 semanas de duración, reclutando a 40 pacientes con TAG, en el que los evaluadores ignoraban el tratamiento asignado. La mitad de los sujetos recibió tiagabina a una dosis promedio de 9 mg diarios y la otra mitad recibió paroxetina a una dosis promedio de 27 mg diarios. Ambos fármacos mostraron eficacia similar para reducir los síntomas ansiosos y para mejorar la calidad del sueño de los pacientes. En el otro estudio se presentaron los datos preliminares de un ensayo abierto que incluyó a 18 pacientes con diagnóstico similar al estudio previo, quienes recibieron tiagabina a una dosis inicial de 4 mg diarios durante la primera semana y luego, según la respuesta, incrementaron la dosis paulatinamente hasta llegar a un máximo de 16 mg al día (dosis promedio 10 mg). Encontraron una respuesta significativa en la reducción de síntomas ansiosos en general. La puntuación

promedio en la Escala de Hamilton para Ansiedad (EH-A) fue de 28.2 ± 1.4 al inicio y de 16.4 ± 1.8 después de 8 semanas de tratamiento ($p < 0.001$). Los efectos colaterales más frecuentemente documentados fueron astenia, somnolencia e incapacidad para concentrarse. Cuatro pacientes abandonaron el estudio por intolerancia al tratamiento.

El escitalopram, de acuerdo con un ensayo clínico doble ciego, controlado con placebo y a dosis flexible, puede ser efectivo para el tratamiento del TAG. Davidson y colaboradores presentaron los resultados de su estudio en el que 158 sujetos identificados como portadores del trastorno, recibieron el fármaco en valoración y 157 recibieron placebo. Se siguió a los pacientes a lo largo de 8 semanas. La medida principal de eficacia fue la diferencia de puntuación en la EH-A entre el inicio y el final del ensayo. Encontraron una diferencia significativa de eficacia a favor del medicamento (-11.3 puntos en promedio de reducción para escitalopram y -7.2 para el placebo; $p < 0.001$). El fármaco resultó ser bien tolerado con un perfil bajo de efectos colaterales. El otro informe presentado sobre el escitalopram, fue una recopilación y análisis de tres estudios independientes, conducidos con procedimiento doble ciego y usando placebo como la medida comparativa. En todos, la dosis administrada fue de 10 mg al día durante las cuatro primeras semanas, con la posibilidad de incrementarla a 20 mg posteriormente ante la falta de respuesta. La medida primaria de la eficacia fue la puntuación total de la EH-A, pero los investigadores utilizaron además como medidas secundarias la subescala de ansiedad psíquica del mismo instrumento y el cuestionario de Impresión Clínica Global (ICG) en sus subescalas de severidad y de mejoría. Se analizó a un total de 419 pacientes en el grupo placebo y de 421 en el grupo de escitalopram. El promedio de la calificación basal del Hamilton fue de 23 para el total de la muestra, denotando un nivel medio a moderado de ansiedad. Todos los estudios tuvieron una duración total de 10 semanas. El análisis global demostró que los pacientes que recibieron el fármaco presentaron una mejoría notoriamente mayor ($p < 0.005$) tanto en la medida primaria de eficacia como en las secundarias a partir de la primera semana.

La sertralina se ha evaluado también en cuanto a su efecto ansiolítico para el TAG. En un estudio que incluyó a 370 pacientes, Kutcher y colaboradores administraron sertralina durante 12 semanas con un procedimiento doble ciego y a dosis flexibles (50 a 150 mg al día). Utilizando placebo como comparativo, la EH-A como medida de eficacia, y realizando un análisis de covarianza (ANCOVA), encontraron que el medicamento fue superior al placebo (el cambio de puntuación en la escala fue respectivamente de 11.7 ± 0.6 y de 8.0 ± 0.6 ; $p < 0.001$) a partir de la cuarta semana y hasta el final del estudio. Al evaluar los mismos datos utilizando la subescala de mejoría del cuestionario de ICG como medida adicional de eficacia, encontraron que mientras 73% de los pacientes que recibieron el fármaco manifestaron mejoría, sólo 43% de los que recibieron placebo la tuvieron ($p < 0.0001$). Un 10% de los pacientes con placebo abandonó el estudio por intolerancia a los efectos, mientras que de los que recibieron sertralina 8% lo abandonaron por la misma razón.

En cuanto a la pregabalina, se presentaron varios estudios para evaluar su eficacia en el TAG. Este compuesto reduce la liberación de varios neurotransmisores incluyendo el glutamato, la noradrenalina y la sustancia P, probablemente a través de su potente unión a la subunidad $\alpha_2\delta$ de los canales de calcio dependientes de voltaje. El grupo de Montgomery analizó los datos de cinco estudios doble ciego que usaron placebo como maniobra comparativa, los que tuvieron de cuatro a seis semanas de duración. La medida primaria de eficacia fue la puntuación

total de la EH-A, considerando una reducción de al menos el 30% al final de la primera semana como criterio de mejoría temprana. La muestra se dividió entre pacientes con placebo ($n = 389$) y pacientes con diferentes dosis de pregabalina ($n = 969$): 200, 300, 400, 450 y 600 mg al día respectivamente. La proporción de los pacientes que alcanzaron el criterio de mejoría temprana fue de 30% con placebo; con la medicación se obtuvo: 52% con 200 mg; 58% con 300 mg; 44% con 400 mg; 55% con 450 mg y 54% con 600 mg. Con estos datos los investigadores concluyeron que la pregabalina, comparada con los resultados de otros estudios, es más rápida que los inhibidores selectivos para lograr mejoría y que parece tener una relación dosis-respuesta modesta. Otros tres estudios más, presentados en la misma reunión y que en conjunto incluyeron a más de 2000 sujetos, demostraron que la pregabalina, en un rango de dosis de 150 hasta 600 mg diarios, fue superior al placebo para el control de la mayoría de los síntomas ansiosos. Inclusive se encontró que esta eficacia se mantiene aun en aquellos sujetos que además de síntomas ansiosos presentan manifestaciones depresivas asociadas.

En conclusión, tal parece que se empieza a abrir un nuevo campo de tratamiento para los trastornos de ansiedad con compuestos más eficaces y más seguros. Sin embargo, no hay que dejar de considerar que estos datos son preliminares y que requieren ser documentados en estudios comparativos con otros fármacos que también han demostrado eficacia para dicha entidad clínica. En este sentido, las benzodiazepinas seguirán siendo el estándar de oro como fármacos comparativos. El problema que se presenta es cómo hacer ensayos controlados manteniendo un procedimiento doble ciego, con distintos compuestos que pueden distinguirse con base en sus efectos clínicos observables. Es probable que se requieran otras alternativas metodológicas aceptables para superar esta limitación. Por otra parte, los estudios hasta ahora documentados son de seguimiento a corto plazo (de 4 a 12 semanas). Como sabemos, el TAG es un padecimiento crónico y fluctuante, por lo que será necesario contar con datos sobre la eficacia de estos compuestos a largo plazo.

(Carlos Berlanga)

Bibliografía

- DAVIDSON JRT, BOSE A, ZHENG H: Escitalopram treatment of GAD: a double-blind, placebo controlled, flexible-dose study. NR821. Trabajo presentado en la Reunión Anual de la 156th American Psychiatric Association. Mayo 22, San Francisco, 2003.
- GOODMAN WK, BOSE A, WANG Q: Escitalopram 10 mg/day is effective in the treatment of GAD. NR806. Trabajo presentado en la Reunión Anual de la 156th American Psychiatric Association. Mayo 22, San Francisco, 2003.
- KUTCHER SP, ALLGULANDER C, DAHL AA y cols.: Efficacy of sertraline in the treatment of GAD. NR764. Trabajo presentado en la Reunión Anual de la 156th American Psychiatric Association. Mayo 22, San Francisco, 2003.
- MONTGOMERY SA, RICKELS K, BIELSKI RJ, y cols.: Pregabalina in GAD: speed of onset. NR775. Trabajo presentado en la Reunión Anual de la 156th American Psychiatric Association. Mayo 22, San Francisco, 2003.
- PAPP LA, RAY S: Tiagabine treatment of GAD. NR818: Trabajo presentado en la Reunión Anual de la American Psychiatric Association. Mayo 22, San Francisco, 2003.
- ROSENTHAL M: Tiagabine for the treatment of GAD. NR820. Trabajo presentado en la Reunión 156th Anual de la American Psychiatric Association. Mayo 22, San Francisco, 2003.

El hombre y la mujer enferman en forma diferente

■ Es un hecho bien conocido dentro de la comunidad médica que las mujeres acuden al médico con más frecuencia que los varones y que por ende consumen un mayor número de fármacos prescritos por los galenos, ¿significa esto que las mujeres enferman más?

Se ha documentado estadísticamente, sobre todo en los países industrializados, que los hombres viven en promedio de 5 a 7 años menos que las mujeres. Desde el nacimiento, el sexo masculino es más vulnerable (mueren al nacer 7.7 contra 5.8 por cada 1000 lactantes) que el femenino.

En los casos de muerte relativamente temprana (antes de los 65 años de edad), también los varones están en desventaja. Ellos mueren con una frecuencia cinco veces mayor que las mujeres, por cáncer broncopulmonar y cuatro veces mayor por infarto del miocardio. Esto significa que los hombres padecen más enfermedades que ocasionan su muerte a una edad más anticipada.

Por otro lado, los estudios epidemiológicos realizados en los asegurados señalan que las mujeres suelen manifestar una sintomatología más extensa de malestares que los hombres. Ellas padecen más frecuentemente de enfermedades psíquicas sin que existan males orgánicos específicos y reciben el doble de medicamentos psicotrópicos que los hombres. Las diferencias anatómicas no pueden explicar por sí mismas esta paradoja del sexo.

Los sociólogos y expertos en Salud Pública realizaron en Berlín, Alemania, una investigación con base en una encuesta en la que se preguntó por su salud a 25,000 hombres y mujeres y llegaron a la conclusión de que la forma de enfermarse de las mujeres es diferente a la de los hombres.

La investigadora Petra Kolip, del Instituto de Medicina Social y Preventiva de la Universidad de Zurich, Suiza, considera muy importante diferenciar el sexo biológico y el social y llegó a la conclusión de que existen cuatro principales diferencias relacionadas con el sexo en lo que se refiere a salud y enfermedad:

1. Diferencias genético-biológicas: La existencia de un cromosoma (X) en su herencia (XY) predispone al hombre a una mayor susceptibilidad para las enfermedades, como las que se heredan en forma recesiva del cromosoma X, por ejemplo la hemofilia. Por el segundo cromosoma X en las mujeres (XX) se lentifica el proceso de envejecimiento. Las enfermedades de envejecimiento celular -arterioesclerosis, ciertas formas de cáncer- son, por lo tanto, menos frecuentes en las mujeres.
2. Diferencias por riesgos adquiridos: Los estudios clínicos confirman que hombres y mujeres se diferencian en su forma de enfermar. El sexo femenino representa 95% de las enfermedades como anorexia y bulimia. Por otro lado los hombres fuman y toman bebidas alcohólicas en mayor cantidad que las mujeres, practican deportes más peligrosos, y sufren de mayor número de accidentes vehiculares por exceso de velocidad, lo que va aunado al consumo de alcohol. Sin embargo, en los últimos años, cada vez en mayor número, las mujeres toman y fuman.
3. Diferencias en la aceptación de las enfermedades y su comportamiento: Las mujeres suelen hablar de sus malestares mucho más que los hombres. Suelen tener una red de amistades con las que pueden comentar sus problemas de salud, mientras que en los hombres el número de amigos es menor y los buscan por intereses comunes. Las mujeres, por otro lado, comentan

con sus médicos sus malestares en forma específica, mientras que los hombres tratan de minimizar sus problemas de salud. Por esto, las mujeres se vuelven más conscientes de sus síntomas, lo que las hace más propensas a las depresiones y a otros trastornos psicosomáticos.

Las mujeres pasan por experiencias biológicas diferentes, como la menstruación, la concepción y el nacimiento de los hijos, y estos acontecimientos las hacen más realistas en lo que se refiere al conocimiento de su propia vulnerabilidad, mientras que los hombres cultivan la ilusión de que no se les puede lastimar. El ejemplo más claro es que sólo de 15 a 20% de los hombres se somete a exámenes rutinarios para la prevención del cáncer, contra 34% de las mujeres quienes temen padecer cáncer de mama o de matriz.

Los hombres experimentan más temor a sufrir un infarto del miocardio y son muy sensibles a cualquier tipo de dolor, mientras que el sexo femenino tiene un mayor umbral para el mismo y comparte sus experiencias con terceros, sobre todo las relacionadas con aspectos psicosomáticos y afectivos.

En la relación médico paciente los hombres son mucho más dados a concretar y especificar sus síntomas, las mujeres, en tanto, entremezclan factores emocionales muchas veces no muy tomados en cuenta o minimizados por los médicos. También las mujeres de mayor edad, viudas o solteras, que con más frecuencia viven solas, presentan aspectos vivenciales diferentes y toleran mejor las inconveniencias de su vida social.

Las mujeres suelen vivir más tiempo, pero también, desde el punto de vista de la salud, experimentan más malestar, por lo cual consultan al médico más frecuentemente que los hombres.

Por último, los médicos perciben a las mujeres en forma diferente que a los varones. Por lo mismo, su forma de tratarlos es distinta y muchos piensan que es menos efectiva.

Los trastornos psiquiátricos, tanto en hombres como en mujeres no pueden reducirse a un nivel molecular. Debemos tomar en cuenta el rol y la conducta del ser humano dentro de una sociedad cada vez más compleja.

(Gerardo Heinze Martin)

Bibliografía

APPEL JA: Mann und Frau sind anders krank. *Bild der Wissenschaft* 1:65-67, 2001.

Restableciendo el balance de las relaciones entre la industria y la academia en una era de conflictos de intereses financieros institucionales

■ No se puede decir que la academia sea actualmente autónoma. La asociación entre la industria y la academia ha propiciado cambios innovadores, rápidos y eficientes; sin embargo, el precio que se ha pagado es la pérdida de la libertad en torno a los intereses generados por los patrocinadores. Los patrocinadores no sólo pagan en efectivo sino en especie y esto afecta de forma amplia a

la mayoría de los centros académicos, principalmente a universidades e instituciones de investigación. El problema es de tal magnitud que muchas universidades en Estados Unidos de Norteamérica (EUA) han establecido oficinas de manejo para estas operaciones comerciales. Los problemas ocasionados por los conflictos con las instituciones se extienden a los directivos y a los comités de investigación (CI) de los mismos. Una de las desventajas de este vínculo tan cercano entre la industria y la academia es la falta de credibilidad de los resultados por parte del público, ya que se cree que los intereses económicos modifican el juicio profesional de los médicos y de los investigadores. Probablemente el dilema más importante tenga que ver con lograr un equilibrio entre los apoyos, sin caer en la corrupción académica y de valores. De esta forma se debe buscar que la relación industria-academia promueva el progreso de la investigación y que a la vez se mantenga la confianza en los resultados y se restablezca un balance entre ambas. Este resumen cubre tres áreas: la naturaleza y la operación de los conflictos de intereses financieros de las instituciones, la propuesta sobre cuándo terminar los apoyos y cuándo mantenerlos, y la postulación de cuatro estrategias prácticas para la mejor relación industria-academia.

La naturaleza y la operación de los conflictos de intereses financieros de las instituciones.

Existen muy pocas agencias que regulen la asociación entre la industria y los profesionales; de hecho sólo hasta el año 2000 se estableció una guía en la Oficina de Protección para la Investigación Humana en EUA. Un conflicto financiero institucional se entiende como el conjunto de circunstancias donde el juicio profesional de un interés primario se compromete con los intereses corporativos por medio de una retribución económica de quienes toman decisiones en las investigaciones. Los conflictos institucionales de intereses involucran siempre a las autoridades o a los miembros de los CI; estos conflictos pueden ser transferidos a los investigadores y miembros de los equipos. Los conflictos institucionales pueden llevar a malas decisiones por parte de los CI, al aprobar productos aceleradamente o hacer a un lado los riesgos para el paciente. Los intereses económicos pueden hacer que los investigadores duden si suspender o terminar un estudio y que los investigadores lleguen a conclusiones que convienen sólo a la industria. Otro conflicto de intereses tiene que ver con el hecho de ofrecer mayores recursos humanos y físicos para los pacientes que favorezcan los intereses de la industria y no de forma igualitaria para el resto de los pacientes.

La prueba de justificación, respecto a cuándo terminar los apoyos y cuándo mantenerlos

Se debe tener una completa justificación para ejercer los apoyos que la industria ofrece, tanto en experiencia como en capacidad. Los miembros de los CI deben ser autónomos y no deben gozar de beneficios directos o indirectos en efectivo o en especie de parte de la industria implicada en una investigación dictaminada (política de cero tolerancia). Otra área de conflicto se presenta cuando el representante de una asociación o agrupación médica se relaciona laboralmente directa o indirectamente con la industria; la cero tolerancia exige la renuncia a su representación gremial o académica.

Estrategias prácticas para la mejor relación industria-academia

Los miembros de los CI deben hacer una declaración anual de sus conflictos de intereses y abstenerse de participar en aquéllos donde no sean independientes. Los fondos obtenidos deben ser

asignados a una acción concreta y no a una lógica discrecional. Es recomendable el establecimiento de Comités de Revisión de Conflictos de Intereses que tenga un carácter normativo y de auditor.

Conclusiones

El objetivo es que sin dañar las estructuras de los incentivos para la investigación que han provocado avances importantes en la ciencia, se mantenga una ética y una norma para la relación entre la industria y la academia. Los apoyos deben buscar innovaciones (vg. académicas para los investigadores). Sólo es legítimo el apoyo cuando el investigador es el indicado para el proyecto. Jamás se deberán apoyar sólo los intereses de la industria sino que se deberá dar prioridad a los de los pacientes. Es necesaria la formación de comités de regulación de estas relaciones.

(Francisco de la Peña)

Bibliografía

JOHNS MM y cols: Restoring balance to industry academia relationships in an era of institutional financial conflicts of interest. *JAMA*, 289:741-746, 2003.

Trastornos de la conducta y su evolución a trastornos de la personalidad

■ Dentro de los trastornos del comportamiento (TC) en la infancia se describen dos, según la clasificación del DSM IV: el trastorno disocial (TD) y el trastorno opositor desafiante (TOD). El primero se caracteriza por presentar un comportamiento agresivo, destructivo y fraudulento, que incurre en violaciones a los derechos de los demás; y el segundo constituye una reacción ante la autoridad representada por el adulto, sin que llegue a ser prominente la desorganización del primero.

Existen diferencias entre los TC y los trastornos de la personalidad (TP) a pesar de que comparten algunas semejanzas, como la de ser patrones de comportamiento que ocasionan deterioro en las relaciones interpersonales porque son desadaptativos. Los TC son el resultado de la respuesta al medio y sus características son variables, inconstantes, mutables y maleables, mientras que los TP hacen referencia a patrones de conducta generalizados, persistentes e inflexibles. Ante esto surge el dilema de si se debe diagnosticar un trastorno de la personalidad en menores. Se trata de un problema ético, pero sin duda lo es más por el desconocimiento de las causas que generan la personalidad.

Para que los TP y los rasgos de comportamiento en la adolescencia sean comparables, se debe partir de cuatro supuestos hechos:

Primero, *existe homología de los criterios que definen la personalidad en el adulto y en los adolescentes.*

Segundo, *que las características de personalidad de los niños son estables en la adultez y que el temperamento es predictor de psicopatología*, como lo refleja un estudio donde se afirma que de 1000 niños analizados a los 3 años, divididos en 5 tipos de temperamento, el reexaminarlos, a los 23 años 96% demostraron

predictibilidad significativa de los rasgos de personalidad. En otro estudio, al examinar 734 niños con TC, establece que las características disruptivas de la niñez permanecen estables en la adultez. También, analizando medidas de temperamento en 800 niños a los 3,5,7 y 9 años y psicopatología a los 9,11,13 y 15 años, se concluyó que aquéllos con temperamento poco controlable desarrollaban problemas externalizados; los accesibles presentaban problemas internalizados, aunque de menor gravedad que los anteriores y los pasivos, trastornos de ansiedad e inatención.

Tercero, *los principales fenómenos que son las causas etiológicas de la personalidad se han presentado ya, en su mayoría, en la etapa de adolescencia.* La mayor parte de los teóricos de la personalidad coincide en que las causas son multifactoriales; y se da por hecho que las causas genéticas predominan sobre las ambientales. Se señala que el ambiente adverso predispone al trastorno disocial sólo en presencia del trastorno antisocial de la personalidad (TASP) en los progenitores. Aun así, ningún estudio da más de 50% de la varianza, a las causas genéticas y ninguna combinación de los otros factores sumados explica más de 70 % de la varianza.

Cuarto, *se puede evaluar empleando los mismos criterios a menores y adultos,* aunque es de señalarse la poca confiabilidad de las entrevistas de personalidad en los adolescentes quizá, en parte, la pobre autoconciencia al respecto.

Aun así son innegables las evoluciones que rompen con toda predicción, por lo que el estigma del diagnóstico de un trastorno, como los de la personalidad, podría afectar al involucrado. A nuestro parecer, no obstante, sería más el beneficio que le daría la intervención temprana.

Es de señalarse que en la clasificación actual de los trastornos mentales de los niños y los adolescentes sólo se le da importancia a aquéllos que son disruptivos, dejando en el olvido aquéllas conductas que no producen alteraciones interpersonales, pero que deberían ser motivo de atención, pues podrían constituir las manifestaciones tempranas del TP. Es por eso que el presente escrito sólo se basa en los TC y asimismo, que la mayor parte de los TC evolucionan a TP que son similares, como el TASP. Un estudio evaluó las características del comportamiento antes de los 4 años, notando que la impulsividad extrema se asocia con disocialidad en la adolescencia. Otro estudio observó a niños de 3 años, dividiéndolos en poco controlables (impulsivos, distraídos e inquietos) e inhibidos (penosos, tímidos, sensibles); encontró que a los 21 años los poco controlables evolucionaron a TASP, y los inhibidos a trastornos depresivos. Otro más, al estudiar a 75 adolescentes disociales, con seguimiento de 18-21 años, documentó que 50% permaneció sin diagnóstico en eje I y 33% desarrolló TASP.

A pesar de que la relación TC y TASP sería la más esperada, algunos estudios no coinciden con ésta; que, examinando a 641 niños con problemas de conducta (PC), sin cumplir necesariamente criterios de trastorno; al reexaminarlos 10 años después respecto a sus características de personalidad y de otra psicopatología, concluyó que 279 (43.5%) cumplían los criterios de un TP; los PC se asociaron a TP en cluster A,B,C; los PC, más síntomas depresivos, a TP cluster A, sobre todo los hombres; los de PC, más características de inmadurez, a cluster B sobre todo las mujeres y los PC solos, a cluster C. También se valoraron a adolescentes con TC, hospitalizados, y éstos cumplían los criterios de TP, sobre todo histriónico y pasivo agresivo.

Es evidente que además de los TC, hay otras condiciones que se pueden evaluar y que pueden en conjunto reforzar una predicción de evolución a TP. Se ha notado que algunos niños poco controlables, fueron resilientes a la evolución de TASP y

esto fue atribuido probablemente a factores relacionados con la inteligencia. Dentro de las condiciones contribuyentes es importante señalar las exigencias del entorno sociocultural, la capacidad adaptativa, la inteligencia, la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos e incluso que, como se ha referido anteriormente, no todos los menores que cumplen con los criterios de TD tienen las mismas características, dado que se han propuesto 2 tipos de TD: uno de tipo predatorio en el que las conductas sádicas son prominentes y que se manifiesta más tempranamente y otro de tipo adaptativo en el que los factores ambientales son prominentes. Incluso también es importante hacer una diferenciación de los TD y el TOD, donde intervengan factores genéticos y ambientales, pues esto también predice una evolución a TASP, ya que el TASP es diferente, y a la conducta antisocial, siendo esta última la que se relaciona más con el TOD.

(Juan José Cervantes, Francisco de la Peña)

Bibliografía

- BRENSTEIN y cols.: Childhood antecedents of adolescent personality disorders. *Am J Psychiatry*, 153(7):907-13, 1996.
 HILL J. MAUGHAN B: *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence.* Cambridge University Press, 2001.
 HILL J: Early identification of individuals at risk for antisocial personality disorder. *Br J Psychiatry*; 182 (supl 44):11-14, 2003.
 KENBERG P, WEINER A, BARDENSTEIN K: *Trastornos de la Personalidad en Niños y Adolescentes.* Manual Moderno, 2002.
 LANGBEHN y cols.: Distinct contributions of conduct and oppositional defiant symptoms to adult antisocial behavior. *Arch Gen Psychiatry*, 55:321-29, 1998.
 PARJER K: What happens to "bad" girls? A review of the adult outcomes of antisocial adolescent girls. *Am J Psychiatry*, 155:862-66, 1998.
 STROM-MATHISEN V: Conduct disorder patients 20 years later: a personal follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*, 89(6):416-20, 1994.

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.

Subscripción anual 2004

	Nacional	Extranjero*
Instituciones	\$ 220.00	USD 60.00
Personas físicas	\$ 220.00	USD 50.00
Estudiantes con credencial vigente	\$ 110.00	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.

