



INSTITUTO NACIONAL
DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE

Información

Clínica

Volumen 16

Número 1

Enero 2005

Terapia cognitivo-conductual computarizada para la depresión y la ansiedad

Ⓢ Los problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad son comunes y son las principales causas de incapacidad. Comparada con la farmacoterapia, la terapia cognitivo-conductual (TCC) es igual de efectiva a corto plazo, y a largo plazo algunas veces es superior. Muchos pacientes prefieren los tratamientos psicológicos; sin embargo, la falta de terapistas genera tiempos de espera inaceptables y se necesitan alternativas para administrar un tratamiento uno a uno más allá del uso adjunto de los materiales de auto-ayuda existentes. Estudios preliminares han demostrado la eficacia clínica de la TCC en el tratamiento de la ansiedad y la depresión en la atención primaria.

En Londres, Inglaterra, se realizó un estudio comparativo y longitudinal con el objetivo de determinar, en una muestra extensa de pacientes, si la eficacia de la terapia cognitivo-conductual computarizada depende de las variables clínicas y demográficas.

Se reunió una muestra de 274 pacientes con ansiedad y/o depresión que fueron asignados de manera aleatoria a recibir, con o sin medicación, TCC, o el tratamiento usual que realiza un médico general. La población estudiada consistió en pacientes de la práctica médica general de 18 a 75 años que sufrían de depresión, depresión con ansiedad o trastorno de ansiedad (incluyendo fobias o pánico), que no recibían ninguna forma de tratamiento o consulta psicológicos, que tuvieron una calificación de cuatro o más en el cuestionario general de salud de 12 puntos (GHQ-12) y de 12 o más en la versión computarizada de la Cédula de Entrevista Clínica Revisada (CIS-R). Se excluyó a los pacientes que tenían ideación suicida; diagnóstico actual o previo de psicosis o trastorno mental orgánico, dependencia a alcohol y/o sustancias; habían tomado medicamentos para ansiedad y/o depresión continuamente por 6 meses o más inmediatamente previo al inicio del estudio, eran incapaces de asistir a ocho sesiones en el momento de la intervención, o eran incapaces de leer y escribir en inglés. El tratamiento consistió en el programa *Derrotando a la tristeza*, que es un paquete de terapia cognitivo-conductual computarizado, interactivo, multimedia, que consiste en un video introductorio de 15 minutos, seguido por ocho sesiones de terapia. Cada sesión semanal dura alrededor de 50 minutos, con proyectos de "tareas" entre sesiones. Las sesiones y los proyectos de tareas son preparados conforme a las necesidades específicas del paciente y

cada sesión se construye con base en la anterior. Un informe del progreso del paciente, incluyendo si el paciente ha expresado ideación suicida, es impreso para el paciente y el médico al final de cada sesión. Una enfermera revisa que el paciente haya consignado su entrada al programa exitosamente al inicio de cada sesión. La enfermera abandona después la habitación, indicando dónde se le puede encontrar si algo va mal (por ejemplo, si el paciente tiene dificultades con el programa o la impresora no tiene papel). Al final de cada sesión, la enfermera revisa que el paciente tenga las impresiones necesarias (resumen de la sesión, tareas y reportes del progreso) y registre su próxima sesión. El inventario de depresión de Beck (BDI), el inventario de ansiedad de Beck (BAI), la escala de ajuste social y laboral (WSA) y el cuestionario de estilo de atribución (ASQ), Componente negativo (CoNeg) y componente positivo (CoPos), fueron aplicados en cinco ocasiones a través del estudio: pre-tratamiento, 2 meses después (después de completar el programa terapéutico de 9 semanas) y en tres valoraciones de seguimiento, uno, tres y seis meses después. Estas puntuaciones fueron sometidas individualmente a dos análisis. Primero se aplicó un análisis de medidas resumidas a los 4 valores post-aleatorización de cada medición, usando la media de los valores disponibles como la medida resumida para cada participante. El otro análisis involucró modelos de efectos mixtos lineares. Se ajustó un modelo de intercepción e inclinación para cada variable de los resultados utilizando las siguientes covariables: valor pre-aleatorización de la medida de los resultados, tratamiento x valor pre-aleatorización, tiempo al cuadrado, tratamiento, medicamentos, duración de la enfermedad preexistente, tratamiento por interacción con medicamento, tratamiento por duración de la interacción y

Contenido

Terapia cognitivo-conductual computarizada para la depresión y la ansiedad	1
Trastorno obsesivo compulsivo y trastorno dismórfico corporal: una comparación de sus características clínicas	2
El síndrome de la fibromialgia y su manejo	4
El uso de cannabis incrementa el riesgo de psicosis	5

tratamiento x tiempo. Se encontró que para la medida primaria de respuesta, el BDI, hubo una diferencia de 2.7 puntos más abajo en promedio en los que recibieron TCC que en los del tratamiento usual ($P=0.0006$); en el WSA hubo una diferencia de 3.4 puntos ($P=0.002$) en la misma dirección, el efecto de la terapia computarizada en el BAI fue en la misma dirección pero falló en alcanzar el nivel de significancia convencional de 5% ($P=0.06$). Las dos mediciones del ASQ fueron significativas: el efecto de la intervención fue disminuir el CoNeg en alrededor de 6-14 puntos ($P<0.001$) y de incrementar el CoPos en alrededor de 1-8 puntos ($P<0.008$). El promedio de satisfacción con el tratamiento en el grupo de terapia computarizada fue 1.68 (95% IC 0.82-2.54) puntos más alto que el del grupo con tratamiento usual. Hubo efectos significativos cuadráticos ($P<0.0001$) y lineares ($P=0.005$) del tiempo que fueron similares para ambos grupos de tratamiento. La puntuación del BDI pre-aleatorización fue altamente predictiva de la puntuación post-aleatorización ($P<0.0001$). Hubo un efecto significativo del tratamiento que fue el mismo para las personas que tomaban o no medicamentos ($P=0.04$), y para las personas cuya duración de enfermedad previa fue de menos o de más de 6 meses ($P=0.0015$). El efecto del tratamiento fue el mismo para todos los niveles del BDI pre-aleatorización. Finalmente, se ajustó un modelo de regresión múltiple para satisfacción con el tratamiento (151 completaron las respuestas) mostrando que el tratamiento, el medicamento y la edad, fueron predictivos para esta variable. El promedio de satisfacción en el grupo de terapia computarizada fue 1.68 (95% IC 0.82-2.54) puntos más alto que el grupo con tratamiento usual; para aquéllos que tomaron medicamentos comparados con los que no los tomaron la diferencia correspondiente fue de 1.28 (95% IC 0.63-1.94). Para la edad, el coeficiente de regresión estimado fue de 0.028 (95% IC 0.0045-0.052).

La conclusión general fue que la terapia cognitivo-conductual computarizada es un tratamiento adecuado para pacientes que presentan depresión y ansiedad en la atención primaria, incluyendo aquellos con depresión leve o ansiedad y depresión mixtas. Los efectos del programa observados no interactuaron ni con el tratamiento farmacológico prescrito, (el cual por sí mismo pareció ser efectivo en reducir la depresión y atribuciones negativas y en incrementar la satisfacción con el tratamiento), ni con la duración de la enfermedad pre-aleatorización, (aunque esto fue asociado independientemente con mayor depresión y ansiedad, disminución del ajuste social y laboral, y atribuciones positivas disminuidas), ni con el tiempo: la mejoría clínica se manifestó al final del tratamiento con terapia computada y persistió sin disminuir hasta el final del seguimiento seis meses después.

Este estudio representa uno de los caminos hacia los cuales se dirige actualmente la medicina, ya que en el presente es cada vez más común el uso de la tecnología en la comunicación. Este es el caso de las computadoras y de la red de Internet usadas como una herramienta indispensable para obtener información científica, permanecer actualizados y comunicarse con otros profesionales, ya que ofrece varias ventajas, por ejemplo, menor costo, disponibilidad las 24 horas los 7 días de la semana, y escapar de problemas humanos como la fatiga y las alteraciones de la memoria. Recientemente, en el área de la salud mental se ha utilizado además para ayudar a hacer diagnósticos, para hacer mediciones, o como una propuesta terapéutica, ya sea sincrónicamente, mediante líneas de chat o asincrónicamente, mediante correos electrónicos, o como en este caso, mediante un programa multimedia que interactúa con el paciente, con una intervención mínima o nula del terapeuta. Aunque esto muestra algunas limitaciones, como el hecho de que los pacientes fueron evaluados mediante escalas autoaplicables, que se perdió una tercera parte de la muestra al seguimiento y que

el tratamiento comparativo no fue completamente especificado, es susceptible de perfeccionamiento y quizás en un futuro sea una parte importante de las estrategias terapéuticas para el tratamiento de algunos trastornos de la salud mental. Sin embargo, nunca será su finalidad la de suplir totalmente al terapeuta.

(Roberto Carlos Rivera - Cruz)

Bibliografía

PROUDFOOT J, RYDEN C, EVERITT B, y cols: Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: a randomised controlled trial. *British J Psychiatry*, 185: 46-54, 2004.

Trastorno obsesivo compulsivo y trastorno dismórfico corporal: una comparación de sus características clínicas

■ El trastorno dismórfico corporal (TDC) consiste en experimentar preocupación por defectos imaginarios de la apariencia personal (tales como nariz “grande” o “cicatrices” faciales); y si un defecto mínimo está presente, la preocupación de la persona es excesiva. Esta preocupación causa malestar significativo y disfunción en áreas importantes, sin que esto halle una mejor explicación en ningún otro trastorno mental. El TDC actualmente está clasificado en el DSM IV como un trastorno somatomorfo (principalmente porque se centra en preocupaciones somáticas), sin embargo, es notorio que tiene algunas similitudes importantes con el trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Morselli, quien identificó el TDC hace más de un siglo, observó las “preocupaciones obsesivas” y “comportamientos compulsivos” que caracterizan a este trastorno, y su similitud con el TOC. De manera subsecuente Janet clasificó la sintomatología del TDC como un subtipo, “neurosis obsesiva”, y la consideró como la “obsesión con vergüenza del cuerpo”. Stekel describió el TDC como “ideas compulsivas acerca del cuerpo” e identificó su componente “obsesivo”. De manera más reciente, varios autores han propuesto que el TDC podría pertenecer al “espectro TOC”, en cuanto a que comparte características con otras formas de patología obsesiva, tales como síntomas, curso, comorbilidad, carga genética, y respuesta terapéutica a los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS).

El TDC muestra varias similitudes con el TOC: las preocupaciones dismórficas corporales son descritas generalmente como ideas obsesivas, pensamientos con características recurrentes y persistentes que son ansiogénicos, y de difícil control y resistencia. Por otra parte, la mayoría de los pacientes con TDC muestra comportamientos repetitivos, los cuales se semejan a las compulsiones del TOC. Además, algunas características del TDC y síntomas del TOC son similares, tales como la preocupación por la simetría, la perfección, búsqueda de reafirmación y comportamientos de duda patológica. Debe tomarse en cuenta que el foco

de atención en estos síntomas difiere uno del otro: apariencia en el TDC vs miedo a la contaminación o al daño en el TOC; además, comportamientos de duda patológica en el TDC, tal como mirarse al espejo, los que pueden fomentarse por un patrón psicopatológico de comportamientos de seguridad, más complejo que el simple modelo de reducción de la ansiedad que se presenta con las compulsiones en el TOC.

Otras similitudes clínicas entre el TDC y TOC incluyen una prevalencia similar en ambos sexos, inicio durante la adolescencia y curso crónico. Ambos, frecuentemente son comórbidos el uno con el otro. La alta prevalencia del TOC (34-78%) a lo largo de la vida se ha encontrado en distintas muestras de pacientes con TDC. En estos mismos pacientes se ha encontrado que el TOC representa la comorbilidad más frecuente (41%) a la par del trastorno depresivo mayor (TDM). De manera convergente, los pacientes con TOC tienen altas tasas de comorbilidad con TDC (8-37%).

En cuanto a la respuesta al tratamiento, ambos trastornos parecen responder a los ISRS y a la terapia conductual de exposición. En parientes de pacientes con TDC, el TOC es el trastorno más frecuentemente encontrado. En un estudio familiar controlado se investigó la frecuencia de los trastornos del espectro TOC en probandos con TOC y sus parientes de primer grado; el TDC, la hipocondriasis y el acicalamiento patológico ocurrieron más frecuentemente en los parientes de los probandos con TOC, ya sea que éstos hubieran recibido o no, el mismo diagnóstico.

Se han documentado algunas diferencias importantes entre el TDC y el TOC. Primero y de manera más importante, parece que las creencias respecto a la apariencia que subyace a las preocupaciones en el TDC, generalmente involucran menor introspección que la observada en los pacientes con TOC. Las preocupaciones en el TDC frecuentemente pierden su carácter egodistónico, volviéndose más similares a las ideas sobrevaloradas que a las obsesiones; incluso pueden evolucionar a pensamiento delirante. Las preocupaciones dismórficas son experimentadas de una manera más natural que intrusivo, son aceptadas y sostenidas con un mayor grado de convicción en lugar de ser consideradas como absurdas, y no es frecuente que los pacientes opongan resistencia. Muchos pacientes pueden describirse como francamente delirantes. Según Phillips y colaboradores, más de la mitad de las series de casos de 100 pacientes con TDC, documentadas, parece haber estado delirante por un periodo significativo de tiempo, y la mayoría de los pacientes también tienen ideas o delirios de referencia a diferencia de los pacientes con TOC. El TDC parece estar más asociado con un mayor grado de malestar clínico y de deterioro. También parecería que este trastorno se asocia más frecuentemente con fobia social en muestras clínicas, y en la bibliografía japonesa, se considera como una forma de fobia social.

Pese a existir la hipótesis del TDC como un trastorno del espectro TOC, se ha documentado en la bibliografía poca investigación directa de las similitudes y diferencias de los dos trastornos. Mc Kay y sus colaboradores, en un estudio comparativo, informaron que los pacientes con TDC resultaron similares a los pacientes con TOC en cuanto a medidas de obsesiones y de compulsividad, así como a las medidas de depresión y ansiedad. Sólo Phillips y colaboradores compararon los tres grupos de pacientes con TOC, TDC o ambos; no encontraron diferencias significativas en función de género, en la mayoría de las variables demográficas, curso y disfunción. La severidad de la enfermedad y la frecuencia a lo largo de la vida de la mayoría de los trastornos mentales asociados, en probandos y familiares de primer grado, fueron similares entre los grupos. Sin embargo, los sujetos con TDC tenían menores probabilidades de estar casados y más probabilidades de mostrar un peor curso de la enfermedad, así como ideación o comporta-

mientos suicidas. También presentaron inicio de TDM más temprano y mayor porcentaje de éste a lo largo de la vida, así como fobia social y diagnóstico de un trastorno psicótico.

En el presente estudio se compararon las características demográficas, clínicas y de comorbilidad psiquiátrica en pacientes con TOC, TDC o ambos trastornos. También se compararon el patrón de preocupaciones dismórfico corporales y los comportamientos asociados, en pacientes con TDC con o sin comorbilidad con TOC.

Se evaluaron 137 pacientes tratados en consulta externa (45.2% mujeres) con diagnóstico de TDC (n = 34), TOC (n = 79) o TDC-TOC (n = 24) según el DSM-III-R, en el periodo de 1991 a 1995. Se excluyó a los pacientes que tenían una historia de esquizofrenia o de trastornos psicóticos relacionados a lo largo de su vida, así como de síndrome orgánico cerebral o enfermedad importante o descontrolada.

Los diagnósticos se realizaron utilizando una entrevista semiestructurada la cual exploraba la presencia de criterios diagnósticos para TDC (DSM-III-R). La evaluación diagnóstica y de comorbilidad con trastornos del ánimo, ansiedad, alimentarios y de abuso de sustancias se llevó a cabo mediante entrevistas estructuradas de acuerdo con el DSM-III-R. Las características demográficas y clínicas, así como los antecedentes heredo-familiares se obtuvieron mediante entrevistas específicas para TOC y TDC.

Los grupos de TDC y TOC mostraron similitud en cuanto al género. Los grupos de TDC y TDC-TOC fueron significativamente más jóvenes y experimentaron un inicio del trastorno a una edad significativamente menor que los sujetos con TOC. TDC y TDC-TOC, mostraron mayor probabilidad de estar solteros y desempleados y de alcanzar un nivel menor de estudios académicos, comparados con el grupo TOC, aun cuando se controló la variable edad. Los tres grupos no mostraron diferencia significativa en cuanto a la ideación suicida actual, mientras que el grupo TOC-TDC mostró una tendencia al incremento del comportamiento agresivo, en comparación con el grupo TOC.

En términos de comorbilidad de trastornos mentales, los tres grupos de pacientes fueron similares en cuanto a la presencia de un TDM, trastorno de angustia/agorafobia y anorexia nervosa. Se observó una tendencia hacia la reducción en la presencia de TDM en pacientes con TDC-TOC comórbido; sin embargo, este último grupo mostró más tendencia a la comorbilidad con trastorno bipolar tipo II y fobia social. Los tres grupos fueron significativamente diferentes en cuanto a la presencia de comorbilidad con trastornos por uso de sustancias; los pacientes con TDC-TOC mostraron el más alto porcentaje y el grupo TOC el más bajo. Los sujetos con TDC y TDC-TOC mostraron tendencia similar en trastornos relacionados con alcohol y bulimia. Por otro lado, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se observó más frecuentemente en el grupo TOC.

Los pacientes con TDC y TDC-TOC presentaron similitud en cuanto a la conducta de observarse al espejo o de camuflaje. Ambos grupos también mostraron un patrón similar de distribución en lo referente a la localización en la cara, que fue más frecuente en el grupo TDC. Este último grupo mostró una tendencia a estar más consternado acerca del acné. En cuanto a las preocupaciones respecto a la altura y el abdomen, éstas tendieron a presentarse más en el grupo TDC-TOC.

Los resultados indican que el TOC y TDC frecuentemente podrían coexistir en muestras clínicas y presentar similitudes así como diferencias marcadas. Ambas condiciones fueron similares en cuanto a prevalencia del género, presencia de ideación suicida, comorbilidad con el trastorno de angustia/agorafobia y anorexia nervosa. Los pacientes con TDC tenían menor tendencia a estar casados, encontrarse laborando o estar estudiando; también

alcanzaron un menor grado de estatus educacional. Los resultados fueron congruentes con la bibliografía, indicando que la presencia de TDC, con o sin TOC comórbido, causa más frecuentemente disminución substancial en las relaciones sociales o logros, y es más incapacitante que el TOC. La comorbilidad con fobia social fue documentada en mayor grado sólo en pacientes con TDC-TOC, mientras que se encontró un mayor grado de disfunción social en el TDC y el TDC-TOC. La presencia de TDC por sí sola, parecería relacionarse con una mayor disfunción social, ya que las preocupaciones acerca de la apariencia física, al ser más egodistónicas y afectar más la interacción social, frecuentemente producen aislamiento social.

Otra observación que podría relacionarse con un mayor grado de disfunción en el TDC, es el inicio más temprano de aparición. En esta muestra, el TDC tuvo su pico de inicio durante la adolescencia, cuando las habilidades sociales e interpersonales no se han logrado desarrollar y los logros mayores del desarrollo todavía no se han alcanzado completamente. La presencia de este trastorno, el cual tiene un curso generalmente continuo, privaría a los pacientes con TDC de una vía progresiva para el desarrollo social y ocupacional de manera autónoma.

La ausencia de diferencias significativas en la ideación suicida entre sujetos con TDC y TOC contrasta con la información existente en la bibliografía. Sin embargo, esta falta de concordancia puede deberse al hecho de que en el estudio realizado por Phillips y colaboradores, éstos exploraron la ideación suicida a lo largo de la vida, lo cual no se realizó en este estudio.

Es más probable encontrar comportamiento agresivo en el TDC que en TOC. La presencia de agresividad en pacientes con TDC es un factor que diferencia este síndrome del "típico" TOC y sugiere que, dentro del espectro TOC, el TDC podría relacionarse con un trastorno del control de los impulsos.

Sujetos con TOC y TDC también mostraron algunas diferencias interesantes en lo que respecta al patrón de comorbilidad con otros trastornos mentales. El TDM fue más frecuente en pacientes con TDC o TOC que en sujetos con ambos trastornos. Por otro lado, el trastorno bipolar tipo II fue significativamente más frecuente en pacientes con ambos trastornos.

La fobia social fue significativamente más frecuente en el grupo comórbido TDC-TOC. Otro trastorno que mostró tendencia a ser más frecuente en estos pacientes fue la bulimia y los trastornos relacionados con el uso de alcohol. Los trastornos relacionados con sustancias fueron más frecuentes en los pacientes con TDC que en el grupo TOC, incluso con mayor prevalencia que en el grupo TDC-TOC. Estos resultados marcan un patrón de mayor carga de comorbilidad desde el TOC puro al TDC, hasta una máxima coexistencia en el TDC-TOC.

Algunas de las limitaciones para las conclusiones de este estudio son que la severidad del TOC y del TDC no fue evaluada de manera específica ya que se obtuvo de manera indirecta. Los resultados no contradicen la conceptualización propuesta del TDC como un trastorno del espectro TOC. Sin embargo, sugieren que el TDC no debe ser considerado como una simple variante clínica del TOC. El patrón de trastornos comórbidos encontrado en este estudio sugiere la hipótesis de que el TDC podría relacionarse con fobia social, trastornos del ánimo, de la alimentación y del control de impulsos. La coexistencia de las características del TDC y del TOC parece individualizar particularmente una forma severa del síndrome, con una mayor carga de psicopatología y disfunción, así como mayor comorbilidad con otros trastornos mentales.

(Mónica Patricia del Río Cabrero,
Guillermo Jonguitud García)

Bibliografía

FRARE F, PERUGI G, RUFFOLO G y cols: Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *European Psychiatry*, 19: 292-298, 2004.

El síndrome de la fibromialgia y su manejo

■ A lo largo de la vida, de 10% a 12% de la población general informa sentir dolor músculo-esquelético crónico generalizado que no puede atribuirse a una causa estructural o inflamatoria específica. En la mayoría de los casos este dolor cumplirá con criterios de clasificación para el síndrome de fibromialgia (FM).

El diagnóstico de FM se basa en una historia de dolor generalizado, así como de hiperestesia excesiva al aplicar presión en 11 de 18 sitios músculo-tendinosos específicos. Los criterios de clasificación para el diagnóstico, de acuerdo con el Colegio Norteamericano de Reumatología (American College of Rheumatology), proveen una sensibilidad y especificidad de cerca de 85% para diferenciar el FM de otras formas de dolor crónico músculo-esquelético. De acuerdo con estos criterios, la prevalencia en los Estados Unidos de Norteamérica es de 2% (3.4% mujeres y 0.5% hombres). La FM es el segundo trastorno más común observado por los reumatólogos (después de la osteoartritis).

Los síndromes de dolor crónico, tales como la FM, se definen por síntomas subjetivos y falta de características patofisiológicas únicas. No existen límites discretos que separen los síndromes como la FM, el síndrome de fatiga crónica, el síndrome de intestino irritable o la cefalea muscular crónica. Además, estos padecimientos son comórbidos con trastornos del ánimo.

Las investigaciones desarrolladas durante la década pasada demostraron que el procesamiento anormal del dolor es similar en el FM y en los síndromes de dolor crónico relacionados. Los pacientes con FM tienen bajos umbrales al dolor mecánico y térmico, altos puntajes de dolor para los estímulos dolorosos y la sumación temporal de los estímulos dolorosos alterados y nociceptivos. Existe evidencia fisiológica obtenida a través de estudios de imagen cerebral de alteración en los procesos de dolor, así como tres veces mayor concentración de sustancia P en el líquido cefalorraquídeo (LCR) comparado con sujetos control sanos.

La frecuente comorbilidad de los padecimientos mencionados previamente con los trastornos del ánimo, sugiere un papel importante de las anomalías neuroendocrinas y de la respuesta al estrés. Los polimorfismos específicos en el gen transportador de serotonina y de la enzima catecol-O-metiltransferasa que inactiva las catecolaminas se han asociado con la FM. También se han demostrado patrones alterados de actividad basal y estimulada de varios ejes neuroendocrinos y disfunción del sistema nervioso autónomo. Los factores psicosociales contribuyen enormemente a la expresión clínica de la FM y de los trastornos relacionados.

A pesar del reconocimiento y entendimiento de la FM, el tratamiento sigue siendo un reto. Algunos consideran que no existe tratamiento efectivo. En esta revisión se resumen los hallazgos publicados por la Academia Norteamericana del Dolor (American Pain Society) para proveer lineamientos basados en la evidencia para el tratamiento óptimo de la FM.

Aunque ningún estudio ha evaluado formalmente el impacto terapéutico de la FM, los autores consideran que el establecer el

diagnóstico, integrándolo con el aspecto educativo, es un componente esencial del manejo de alta calidad.

La farmacoterapia para la FM ha sido más exitosa con agentes que actúan en el Sistema Nervioso Central (SNC), entre ellos los antidepresivos, los relajantes musculares o los anticonvulsivos. Estos medicamentos afectan varios compuestos neuroquímicos (serotonina, norepinefrina, sustancia P) que tienen un amplio rango de actividades en el cerebro y la médula espinal, incluyendo modulación de la sensación y tolerancia al dolor.

Actualmente ninguno de los medicamentos utilizados para el tratamiento de la FM está aprobado por la Agencia Norteamericana de Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Los antidepresivos tricíclicos son los medicamentos con mayor evidencia de eficacia para esta entidad, en particular la amitriptilina y la ciclobenzaprina (conocido como relajante muscular pero estructuralmente un compuesto tricíclico); la dosis efectiva de este último en la FM es de 10 a 40 mg/día. En dos meta-análisis se encontró que los antidepresivos tricíclicos fueron mejores que el placebo en todos los parámetros clínicos, especialmente en el sueño. Se observó una respuesta clínica significativa en 25% a 37% de los pacientes con FM. También se encontró mayor evidencia respecto a la eficacia de los antidepresivos tricíclicos comparados con otro tipo de antidepresivos.

Existe moderada evidencia de que la fluoxetina sea efectiva en la FM. En un estudio controlado con placebo en 60 pacientes del sexo femenino, a dosis < 80 mg/d, demostró eficacia significativa, en particular con el dolor, la fatiga y la depresión; el dolor en puntos sensibles y el puntaje total de mialgias no mejoró significativamente. Se ha observado una mejoría utilizando la combinación de fluoxetina 20 mg/d y amitriptilina 25 mg/d, lo cual resulta mejor que utilizar uno sólo de cualquiera de éstos. Lo mismo sucede al utilizar la combinación de fluoxetina 20 mg/d y ciclobenzaprina 10 mg/d. En un estudio controlado, la sertralina en 50 mg/d fue tan efectiva como la amitriptilina en 25 mg/d.

Varios estudios demuestran la utilidad de los antidepresivos con acción dual. La venlafaxina a dosis mayores de 75 mg/d ha resultado útil para el tratamiento de la FM. En dos estudios multicéntricos se evaluó la eficacia del milnacipran (dos veces al día) y de la duloxetina a 120 mg/día; ambos resultaron mejores que el placebo.

También los analgésicos han sido estudiados. El tramadol, con o sin acetaminofen, ha sido efectivo para la FM en tres estudios aleatorizados controlados con placebo. No existe evidencia de que los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) sean de utilidad al administrarse solos, aunque pudieran ser útiles al combinarlos con antidepresivos tricíclicos. No ha habido estudios controlados con el uso de opioides en pacientes con FM; éstos deben ser considerados sólo después de que otras terapias tanto medicinales como no medicinales hayan sido intentadas.

Existen otros medicamentos que también han sido estudiados. La pregabalina, un anticonvulsivo de segunda generación, ha mostrado ser efectiva en la FM en un estudio clínico controlado con placebo, donde se encontró que a dosis de 450 mg/d hubo una reducción marcada del dolor (>50%), así como mejoría en el sueño, fatiga y calidad de vida relacionada con la salud. No hay evidencia de que las benzodiazepinas u otros sedantes no benzodiazepínicos sean útiles en estos pacientes, excepto para dormir.

Varias hormonas y suplementos han sido estudiados, pero no existe evidencia que apoye el uso de hormona tiroidea, dehidroepiandrosterona, melatonina o calcitonina para el tratamiento de la FM. Los suplementos nutricionales, el magnesio y las vitaminas no han sido estudiados adecuadamente.

Existe evidencia contundente de que el ejercicio cardiovascular (EC), la terapia cognitivo conductual (TCC) y el tratamiento

multidisciplinario (EC; TCC y educación) son efectivos para tratar la FM. El uso de técnicas de relajación, biorretroalimentación e hipnosis puede ser de utilidad en pacientes con FM. Una revisión de siete estudios documentó incremento del umbral del dolor y disminución del puntaje de dolor y uso de medicamento con la acupuntura. La manipulación espinal quiropráctica y el masaje de los tejidos blancos han demostrado disminuir la hipersensibilidad. Dos informes clínicos israelitas concluyeron que los baños medicinales dieron por resultado mejoría del dolor, la fatiga, el endurecimiento y los puntos sensibles.

Los autores concluyen que existe fuerte evidencia que apoya el uso de medicamentos tricíclicos a bajas dosis, tales como la amitriptilina y la ciclobenzaprina, así como el ejercicio cardiovascular, el TCC, la educación de los pacientes o una combinación de éstos para el tratamiento de FM. Existe moderada evidencia sobre la efectividad del tramadol, los antidepresivos inhibidores de recaptura de serotonina o de noradrenalina (ISRS e ISRNA) y de ciertos anticonvulsivos; sin embargo, no existen revisiones sistemáticas. En cuanto al entrenamiento de ejercicio de fuerza, acupuntura, ejercicio, hipnoterapia, biorretroalimentación, masaje y baños de agua caliente, la evidencia de su eficacia es moderada.

Los medicamentos por considerar inicialmente, son los antidepresivos tricíclicos a bajas dosis o la ciclobenzaprina; algunos ISRS e ISRN o los anticonvulsivos podrían llegar a considerarse de primera línea conforme haya más estudios clínicos documentados.

Lo más recomendado para el tratamiento de los pacientes con FM es un abordaje multidisciplinario que combine el tratamiento farmacológico con otras modalidades tales como el ejercicio, el TCC y los ejercicios de relajación, entre otros mencionados previamente.

Conforme se vaya conociendo más sobre los mecanismos patofisiológicos y genéticos, habrá enormes oportunidades para desarrollar terapias que mejoren la calidad de vida en los pacientes con FM.

(Mónica Patricia del Río Cabrero)

Bibliografía

GOLDENBERG D, BURCKHARDT C, CROFFORD L: Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA*, 292 (19): 2388-2395, 2004.

El uso de cannabis incrementa el riesgo de psicosis

■ La sustancia psicoactiva cannabis ha sido utilizada desde tiempos muy remotos con propósitos recreativos, medicinales y religiosos. Existen informes de los efectos secundarios asociados a su consumo que incluyen el desarrollo de síntomas psicóticos. Durante mucho tiempo, la relación entre esta sustancia y sus efectos no había podido estudiarse con facilidad debido a que se desconocían sus efectos neurobiológicos y farmacológicos. Sin embargo, el descubrimiento del sistema endógeno de canabinoides ha facilitado el avance del conocimiento de sus mecanismos biológicos. Desde una perspectiva clínica es necesario distinguir entre las reacciones

psicóticas breves y transitorias, producto del consumo agudo de cannabis, y las manifestaciones tipo esquizofrenia que se inducen con su consumo crónico en ciertos individuos y que se relacionan con una predisposición biológica al desarrollo de trastornos psicóticos. Algunos reportes recientes que muestran la relación posible entre el sistema canabionide endógeno y la esquizofrenia en sujetos sin previo uso de cannabis, generan información interesante para conocer con mayor precisión cómo el consumo de esta sustancia puede originar sintomatología psicótica.

En la actualidad el tratamiento farmacológico de las reacciones psicóticas secundarias al consumo de cannabis, se basa en la administración de benzodiazepinas o de antipsicóticos por periodos breves. No obstante, se empiezan a desarrollar investigaciones con el objetivo de tratar de manipular farmacológicamente al sistema canabionide endógeno como forma de regular el efecto del compuesto y por otra parte para determinar su participación en el desarrollo de otras enfermedades. No se debe dejar a un lado la importancia de las intervenciones psicoterapéuticas para el tratamiento de los problemas de dependencia asociados con el consumo de cannabis. La identificación y el tratamiento de los problemas emocionales y de personalidad ayuda a reducir la tendencia al consumo en muchos farmacodependientes.

El uso de cannabis durante la adolescencia o la etapa adulta temprana incrementa el riesgo de desarrollar sintomatología psicótica, de acuerdo con un estudio que valoró a casi 2,500 sujetos jóvenes. De manera importante, aquéllos que tienen predisposición a estos problemas presentan un riesgo desproporcionadamente mayor al utilizar esta sustancia. Los estudios psiquiátricos han determinado que los sujetos que consumen cannabis tienen un riesgo 6% mayor de desarrollar síntomas psicóticos, esquizofrenia, o manifestaciones delirantes o paranoides, que la población que no la consume. Sin embargo, para aquéllos que son vulnerables a estas alteraciones (por ejemplo, quienes tienen antecedentes familiares de esquizofrenia), este riesgo se incrementa hasta en 25%. De acuerdo con un estudio de la Universidad de Maastricht, en Holanda, en los individuos vulnerables el riesgo se incrementa conforme aumenta el consumo. El estudio, llevado a cabo en Alemania, demostró que en los voluntarios participantes que consumieron cannabis y que tenían predisposición familiar a enfermedades mentales, hubo un riesgo de 50% de presentar algún episodio psicótico durante un seguimiento de cuatro años.

Si bien el consumo de cannabis ha sido relacionado desde hace mucho tiempo con las psicosis, los expertos en el campo no están totalmente seguros en cuanto a si la sustancia por sí misma es la causante de los problemas o bien, si los enfermos psicóticos tienen una mayor tendencia a consumirla. El estudio mencionado, que se publicó recientemente en la versión electrónica de la revista *British Medical Journal*, es el primero en hacer un seguimiento de los consumidores de cannabis y de observar sus efectos, más que estudiar la conducta pasada de los enfermos psicóticos. Se considera que los efectos de la cannabis son producidos por su principal ingrediente psicoactivo, el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC). Este compuesto estimula a las neuronas para que liberen mayor cantidad del neurotransmisor dopamina, el cual inicialmente produce una estimulación de sensaciones placenteras, pero posteriormente puede llevar al desarrollo de ideas paranoides o de alucinaciones. Sin embargo, los investigadores consideran que en los sujetos susceptibles, el THC no es el único factor que

desencadena la psicosis, sino que también debe haber participación de otros factores de estrés tales como, por ejemplo, el hecho de ser migrante en un determinado país.

De hecho los participantes en el estudio, que eran jóvenes de entre 14 y 24 años de edad, mostraron una probabilidad de 15% de presentar síntomas en cualquier momento a lo largo del seguimiento, aun sin consumir cannabis o de no tener predisposición a la psicosis. El consenso de los clínicos es, sin embargo, que los psiquiatras deben estar alerta sobre la interacción cannabis-psicosis y que muchas veces el sujeto, si bien reconoce la relación entre el consumo y el desarrollo de síntomas, tiende a volver a consumir debido a que desea volver a experimentar las sensaciones placenteras que el compuesto le produjo.

Estos datos ponen a discusión el concepto muchas veces argumentado de que esta sustancia, debido a sus propiedades analgésicas, debe usarse y prescribirse para el beneficio de ciertos padecimientos (como la esclerosis múltiple). O bien el que sus efectos aparentemente inocuos, justifican su legalización debido a que no genera potencialmente efectos adversos. El problema que ven algunos al no legalizarla, es el riesgo de que en su venta ilegal las dotaciones de cannabis varíen mucho en cuanto a su contenido de THC, lo cual no se presentaría si hay un control de producción. Sin embargo la mayoría de los expertos en el campo considera que el principal objetivo del enfoque de la salud pública sobre este tema es abrir la discusión con los consumidores y desalentar su uso en aquellos sujetos con riesgo mayor de presentar problemas.

(Mario González Zavala)

Bibliografía

MARKUS LEWEKE F, GERTH C W, KLOSTERKÖTTER J: Cannabis-associated psychosis: Current status of research. *CNS Drugs*, 18 (13) 895-910, 2004.
HENQUET C, KRABBENDAM L, SPAUWEN J y cols: Cannabis and psychosis. http://bmj.bmjournals.com/onlinefirst_date.shtml. Dic 01, 2004.

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.

Departamento de Publicaciones:

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

