



Información

Clínica

Volumen 17

Número 1

Enero 2006

La enfermedad de Huntington y los trastornos relacionados

■ Los síntomas conductuales asociados con estos padecimientos han sido poco estudiados, a pesar de que frecuentemente son graves e incluyen más problemas además de las alteraciones motoras. La enfermedad de Huntington (EH) es un trastorno neurodegenerativo progresivo, que se hereda con un patrón autosómico dominante. Los síntomas incluyen alteraciones de los movimientos, alteraciones cognoscitivas y enfermedad psiquiátrica. La prevalencia se estima en 5/100,000 habitantes. El inicio del padecimiento ocurre habitualmente entre la cuarta y quinta décadas de la vida. Las anormalidades neurológicas incluyen movimientos involuntarios (corea y distonía) y trastornos de los movimientos voluntarios (trastornos de la marcha, disartria, alteraciones en la deglución). Estos síntomas empeoran gradualmente en el curso de 10 a 15 años. La corea se exagera en las etapas intermedias de la enfermedad y después disminuye conforme el paciente se va debilitando; la distonía empeora progresivamente.

La EH es causada por una expansión anormal de repeticiones de trinucleótidos que codifican para glutamina en la proteína huntingtina, cuya función normal se desconoce. Los pacientes con esta enfermedad generalmente presentan más de 40 repeticiones CAG; este número se correlaciona inversamente con la edad de inicio. La neuropatología característica es un decremento en el número de neuronas en el estriado y globo pálido; los cambios en el caudado son los más impresionantes. Existen estudios donde se ha demostrado que el grado de degeneración estriatal se correlaciona significativamente con el número de repeticiones de CAG. Conforme avanza la enfermedad se presenta atrofia en el caudado, lóbulos frontales, putamen y otras regiones. Estos pacientes presentan síntomas cognoscitivos tales como fallas visoespaciales, en la memoria y en las pruebas de función ejecutiva; la retención está relativamente conservada. Los síntomas psiquiátricos pueden presentarse en estadios tempranos, intermedios y tardíos; incluso pueden anteceder a las alteraciones motoras. La longitud de las repeticiones

CAG no se correlaciona positivamente con la edad de inicio de los síntomas psiquiátricos. Se ha implicado la disfunción de las vías fronto-estriales en el desarrollo de estos síntomas, en los que se incluyen impulsividad, apatía, depresión y trastorno obsesivo compulsivo. Muchos de estos síntomas responden a la medicación estándar. Más de la mitad de los pacientes presentan comportamiento irritable durante el transcurso de la enfermedad generalmente acompañado de agresividad. La apatía se ha documentado en más de 50% de los pacientes con EH y puede correlacionarse positivamente con la progresión de alteraciones cognoscitivas y motoras. Hasta 50% de los pacientes padece un trastorno afectivo en algún momento, principalmente depresión. Se ha documentado que de 3% a 7% de los pacientes se suicidan, y 25% realizan simulacros suicidas. Cerca de 10% tiene episodios de manía o hipomanía. Los trastornos de ansiedad también se presentan frecuentemente; se ha descrito una prevalencia de síntomas obsesivo compulsivos en 20% a 50% de los pacientes. Los síntomas psicóticos se han observado en 3% a 12%, y se sugiere que son el resultado de estados hiperdo paminérgicos que interactúan con circuitos anormales en los ganglios basales.

Contenido

La enfermedad de Huntington y los trastornos relacionados	1
La hipótesis de la desconexión y las disimetrías cognoscitivas en la esquizofrenia	3
Los ensayos clínicos controlados en la psicoterapia	4
Prevalencia de trastornos mentales y patrones de utilización de servicios	5
El consumo de alcohol como factor de riesgo para desarrollar depresión o ansiedad	6

No existe ningún tratamiento para prevenir el inicio de los síntomas de esta enfermedad, así como tampoco para disminuir la progresión. No se recomienda proporcionar tratamiento para la corea, a menos que ésta sea muy incapacitante, ya que los agentes bloqueadores de dopamina pueden empeorar otros síntomas de la EH. El tratamiento de los síntomas psiquiátricos es extremadamente importante y puede mejorar la calidad de vida en los pacientes y sus cuidadores. Otras medidas para ayudar a estos pacientes incluyen terapia física, terapia del habla e intervenciones dietéticas. La educación de los miembros familiares resulta una intervención benéfica y apropiada, ya que hay que promover expectativas razonables del comportamiento del paciente.

Se estima que las ataxias espinocerebelosas (AEC) autonómicas dominantes tienen una incidencia de 5/100,000 habitantes. Otras AEC tienen una transmisión autosómica recesiva o ligada al cromosoma X. Varias AEC con transmisión autonómica son ocasionadas por una expansión de repeticiones CAG que codifican para poliglutaminas. Las áreas del cerebro afectadas incluyen: ganglios basales, tallo cerebral, cerebelo, núcleos motores espinales, entre otras regiones. Sin embargo, existen otras AEC con distintos mecanismos patogénicos. En estas enfermedades tampoco existe tratamiento para disminuir la progresión o prevenir el inicio de los síntomas. Las manifestaciones clínicas incluyen ataxia, disartria, dificultad para actividades motoras finas, parkinsonismo, anomalías oculares, rigidez y espasticidad. Los síntomas motores y de la conducta difieren entre las distintas AEC, así como su intensidad. La prevalencia de manifestaciones psiquiátricas pareciese ser de 80%, aunque en menor intensidad que en la EH; la demencia se presenta en 20% de estos pacientes.

La enfermedad de Wilson (EW) también recibe el nombre de degeneración hepatolenticular y se trata de una condición hereditaria, de las mejor conocidas, que se presenta con alteraciones del movimiento y síntomas conductuales. Se puede confundir con la EH si los síntomas iniciales son neurológicos, aunque la corea no es común en la EW. La prevalencia se estima en 17 casos por millón, y constituye un trastorno en el que los síntomas pueden ser detenidos o incluso revertidos con tratamiento temprano. El patrón de herencia es autonómico recesivo y ocasionado por mutaciones en el gen ATP7B en el cromosoma 13q14.3. Esto conlleva a una disfunción en el metabolismo hepático del cobre, con exceso de depósitos de éste en todo el cuerpo, en especial el hígado y los ganglios basales. La presentación de la EW puede ser hepática, neurológica o psiquiátrica. El diagnóstico se realiza con la medición de la ceruloplasmina, que es baja, y de los niveles urinarios de cobre en orina de 24 horas, que resultan elevados. La penicilamina es el tratamiento de elección, aunque existen otros agentes disponibles. Dentro de las manifestaciones neurológicas de esta enfermedad se incluyen temblor y disartria, y posteriormente se añaden a éstos bradicinesia, parkinsonismo o ataxia. También se dan hepatomegalia, hepatitis y cirrosis. En 1/3 de los pacientes se presentan cambios conductuales

como síntomas iniciales, en particular cambios en la personalidad, incluyendo irritabilidad, alteraciones cognoscitivas y trastornos afectivos; también se ha documentado psicosis, agresión, catatonía y ansiedad. El riesgo de suicidio es alto en estos pacientes.

La neuroacantosis es un término amplio que se utiliza para varias condiciones hereditarias, raras y multisistémicas asociadas con síntomas neurológicos y anomalías conductuales. Estos pacientes presentan corea, cambios conductuales y degeneración estriatal en estudios de imagen, por lo que puede existir confusión diagnóstica con los pacientes con EH en los que la historia familiar es dudosa o incompleta. Los eritrocitos tienen una apariencia distintiva en estos trastornos. Existen tres clases principales de neuroacantosis: la corea-acantosis, la abetalipoproteinemia y el síndrome de McLeod. La presentación clínica consiste en la manifestación de disartria, arreflexia y neuropatía; sólo la primera y la última presentan movimientos hipo o hipercinéticos. Las tres condiciones muestran degeneración estriatal en estudios de neuroimagen, lo cual se puede interpretar erróneamente como EH. La corea-acantosis es un trastorno autonómico recesivo caracterizado por corea progresiva, disfagia, diskinesia orofaciolingual, disartria, arreflexia y convulsiones. También se presentan demencia, disfunción ejecutiva y síntomas psiquiátricos (trastornos afectivos y de ansiedad, paranoia). El síndrome de McLeod tiene una herencia ligada al cromosoma X. Las manifestaciones clínicas son corea, neuropatía periférica y arreflexia. Los cambios conductuales se presentan en prácticamente todos los pacientes, y son similares a los presentados en la EH. Las similitudes entre EH, corea-acantosis y síndrome de McLeod han llevado a pensar a algunos autores que la disfunción en estas enfermedades puede ser ocasionada por daño en una vía final común. La abetalipoproteinemia es una condición autonómica recesiva, en la cual se presenta una deficiencia de vitamina liposoluble e intolerancia a la grasa, por carencia de lipoproteínas séricas que contienen apolipoproteína B. Se presenta con ataxia espinocerebelosa junto con neuropatía periférica; las manifestaciones psiquiátricas no son características en este padecimiento. La degeneración de los ganglios basales que se observa en estas enfermedades puede ocasionar algunos de los cambios conductuales, en especial el déficit para el control de impulsos, motivación y función ejecutiva, junto con síntomas motores. Ya que estas condiciones pueden presentarse con síntomas muy similares, resulta indispensable una historia familiar y clínica cuidadosa, así como la selección de estudios de laboratorio necesarios para el diagnóstico en cuestión. Los síntomas psiquiátricos son comunes y pueden generar discapacidad comparable con la provocada por el trastorno del movimiento mismo. Existe poca investigación en cuanto al tratamiento de las condiciones psiquiátricas en estos trastornos, pero el tratamiento estándar puede ser eficaz y debe indicarse si es necesario.

(Mónica del Río Cabrero)

ANDERSON K: Huntington disease and related disorders. *Psychiatr Clin N Am*, 28: 275-90, 2005.

La hipótesis de la desconexión y las disimetrías cognoscitivas en la esquizofrenia

■ La esquizofrenia continúa siendo un trastorno mental para el que todavía no se tiene una completa explicación causal. Existen muchas teorías que aparecen y se insertan en una cada vez más compleja patología de esta enfermedad. Recientemente apareció un nuevo paradigma que intenta unificar una serie de hallazgos específicos en relación con los posibles fenómenos que producen parte de los síntomas de esta entidad clínica. La “hipótesis de la desconexión” postula que las anomalías cognoscitivas y de percepción que se presentan en la esquizofrenia son causadas por procesos específicos de desconexión de mecanismos dopaminérgicos y colinérgicos expresados a nivel sináptico. Estas desconexiones son limitadas en el tiempo, duran milisegundos y se piensa que afectan la capacidad del paciente para integrar y contextualizar la información que recibe. Por consecuencia, éste se ve imposibilitado para conformar respuestas apropiadas y adaptativas. A su vez, tales desconexiones pueden interferir con los procesos normales de aprendizaje. Estas anomalías del aprendizaje son referidas como “disimetrías” de los procesos cognoscitivos y perceptuales.

Este paradigma puede ayudar a explicar diversos fenómenos anormales que se presentan en los enfermos. De acuerdo con los hallazgos de distintos grupos de investigación que se han dado a la tarea de estudiar estos fenómenos, se proponen algunas explicaciones. En un estudio, un grupo de investigadores encontró en una muestra de 144 esquizofrénicos, comparada con un grupo control de sujetos sanos, dos diferentes alteraciones de inhibición central de impulsos. Una de las alteraciones consistió en la presencia de errores antisacádicos, y la otra en una falla para inhibir la onda P50 evocada. El P50 es componente de una respuesta eléctrica evocada por un estímulo. En el paradigma de la inhibición, un estímulo auditivo es pareado con otro de tal manera que el sujeto aprende la asociación temporal de uno y otro estímulo y así suprime el P50 inducido por el segundo tono, y el grado de supresión puede considerarse como una medida de aprendizaje sensorial o perceptual. Esta supresión se encontró reducida en los sujetos con esquizofrenia. Otro grupo demostró también en esquizofrénicos, anomalías en la conectividad temporal por medio de estudios electroencefalográficos que analizaron la sincronía gamma de las regiones frontales, a través de un proceso específico de estimulación (alteraciones de sincronía inmediatas a la exposición al estímulo). Otros investigadores demostraron que las alteraciones en la capacidad para contextualizar la información y la presencia de síntomas de desorganización del pensamiento en esquizofrénicos, se asociaron a una actividad claramente disminuida del giro frontal medio, en comparación con enfermos con otro tipo de psicosis y con sujetos sanos. Finalmente otro grupo encontró que al aplicar una tarea de fluidez verbal a 20 sujetos esquizofrénicos y comparar los datos con los encontrados en sujetos sanos, se evidenció, por medio de imágenes funcionales de resonancia

magnética, una activación disminuida en el cíngulo anterior y en las porciones inferiores y medias de las cortezas frontales.

Los dos tipos de procesamiento cognoscitivo que están detrás de las fallas de inhibición documentadas en el primer trabajo unen de manera independiente los mecanismos dopaminérgicos y colinérgicos. De acuerdo con la discusión de los autores, la inhibición anormal del P50 podría estar asociada con variaciones genéticas específicas de la subunidad alfa-7 del receptor nicotínico y por lo tanto implicar la participación de la acetilcolina, tal y como ha quedado demostrado en otros estudios con familiares de sujetos con esquizofrenia. Por el contrario, la alteración demostrada en la prueba sacádica, podría indicar alteraciones en el proceso del aprendizaje estímulo-respuesta, en el que el neurotransmisor involucrado es la dopamina. Estas alteraciones se han asociado con un polimorfismo del gen que codifica para el receptor D3 de dopamina. Si bien se postula que las anomalías colinérgicas y dopaminérgicas no tienen aparentemente los mismos sustratos neurobiológicos, ambos parecen interactuar a través de un proceso de retroinformación con el receptor NMDA y así interferir con la plasticidad dependiente de la experiencia, que subyace al proceso del aprendizaje. El segundo trabajo es un ejemplo de aprendizaje perceptual anormal. Las implicaciones de este estudio van más allá del aprendizaje perceptual y hablan de anomalías del proceso de contextualizar y de responder selectivamente, presentes en la esquizofrenia. El significado de esto es que probablemente las alteraciones neurofuncionales hacen que los pacientes fallen en el aprendizaje y en la representación de aspectos conductualmente relevantes. En forma resumida, las interacciones normales entre las células o los mecanismos sinápticos responsables de la plasticidad neuronal y la dopamina son básicas para el aprendizaje emocional, mientras que la interacción entre la neurotransmisión colinérgica y la plasticidad asociativa es importante para el aprendizaje perceptual. De hecho, hay autores que consideran que las intervenciones farmacológicas que incrementen tanto la actividad dopaminérgica como la colinérgica, son terapias promisorias para el tratamiento de las alteraciones cognoscitivas.

La anomalía genética mencionada es de particular importancia debido a que tiene una relación directa con la plasticidad que depende de la experiencia, y que se induce por el aprendizaje emocional y perceptual. Lo interesante de esto es que se trata de una anomalía genética que solamente puede expresarse por medio de la interacción del fenotipo con el mundo externo. De esta forma, cuando los esquizofrénicos se enfrentan a situaciones que requieren hacer uso del aprendizaje emocional o perceptual, presentan limitaciones. Expresado a nivel sináptico, correspondería a una conectividad anormal que generaría una desintegración de la dinámica neuronal y que va a dar lugar a una respuesta selectiva y distorsionada de lo que se percibe. Esto correspondería por lo tanto a la hipótesis de la desconexión. Las consecuencias funcionales de ello se expresarían como una incapacidad para formar nuevos lazos estímulo-respuesta y dar lugar a que el aprendizaje emocional se altere; o bien como una incapacidad para formar nuevos lazos estímulo-estímulo que generaría alteraciones del aprendizaje perceptual. Expresado en términos cognitivos correspondería a la disimetría cognoscitiva que, llevada a niveles extremos en los enfermos, produce una ruptura del aprendizaje perceptual y de la inferencia. En conclusión, estas investigaciones convergen en encontrar una disimetría de los procesos cognoscitivos y perceptuales, que serían consecuencia de desconexiones funcionales a nivel sináptico y que se expresan en el contexto de la adquisición del aprendizaje.

(Daniela Díaz Jaimes)

Bibliografía

LOUCHART-DE LA CHAPELLE S, NKAM I, HOUY, E y cols.: A concordance study of three electrophysiological measures in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 162:466-474, 2005.

MATTHEW B, SYMOND M, HARRIS WFA, GORDON E y cols.: Gamma Synchrony in first-episode schizophrenia: A disorder of temporal connectivity? *Am J Psychiatry*, 162:459-465, 2005.

ANGUS W, MACDONALD III A W, CARTER C S, KERN S J G y cols.: Specificity of prefrontal dysfunction and context processing deficits to schizophrenia in never-medicated patients with first-episode psychosis. *Am J Psychiatry*, 162:475-484, 2005.

CYNTHIA HY, FU C H Y, JOHN SUCKLING J, WILLIAMS S C R y cols.: Effects of psychotic state and task demand on prefrontal function in schizophrenia: An fMRI study of overt verbal fluency. *Am J Psychiatry*, 162:485-494, 2005.

Los ensayos clínicos controlados en la psicoterapia

■ La eficacia de los tratamientos con procedimientos psicoterapéuticos es, por diversas razones, difícil de evaluar en el contexto de los ensayos clínicos controlados. Se requiere contar con procedimientos de control de calidad de las intervenciones que permitan asegurar que todos los participantes en el estudio serán sometidos al mismo tipo de maniobra, y que ésta se ejercerá en forma y grado comparables. Esta premisa no es sencilla de lograr debido a que por lo general se requiere la participación de diversos terapeutas que aunque pueden aplicar un procedimiento estandarizado para la terapia, es factible que en el mismo vean surgir diferencias de acuerdo con factores tales como el grado de experiencia y los sesgos propios debidos a la formación o las características personales que de alguna manera inciden en el proceso. De ahí que algunos procedimientos de control de calidad deben ser incorporados a la metodología de los estudios. Por otra parte, tal como sucede en los ensayos clínicos farmacológicos, la necesidad de contar con una muestra de sujetos lo suficientemente extensa como para detectar diferencias requiere la implementación de estudios multicéntricos. En este tipo de estudios, diversos centros de investigación comparten un proyecto común con la misma metodología y procedimientos similares. Evidentemente, en la medida en que aumenta el número de terapeutas participantes provenientes de distintos centros, el llevar un buen control de calidad se vuelve más complicado. La supervisión se utiliza en estos casos como un intento de asegurar una buena calidad de la maniobra terapéutica y de confirmar que se desarrolle dentro de los parámetros especificados en el procedimiento del estudio. El monitoreo sirve entonces para confirmar que estos preceptos de la investigación se cumplan, es decir para confirmar que los terapeutas se apeguen a lo definido en la metodología del trabajo y no difieran entre ellos en la forma como aplican la terapia. Una decisión importante a la que se enfrentan los investigadores en psicoterapia, es cómo determinar la forma más adecuada para asignar los sujetos a cada psicoterapeuta participante. Se han propuesto diversas alternativas al respecto: designar a terapeutas experimentados para desarrollar una forma de terapia en particular; designar a un mismo terapeuta para dar las dos alternativas de terapia que se van a comparar o bien elegir aleatoriamente a un terapeuta para cada tipo de maniobra. La decisión depende de los objetivos de cada estudio y de la disponibilidad de los terapeutas para llevarlo a cabo. En el caso de contar con un buen número de éstos (como sería en el caso

de los estudios multicéntricos), es más recomendable que a cada terapeuta se le asigne una forma única de terapia. Otra decisión necesaria que se debe establecer con fundamentos adecuados, es la relativa a determinar la maniobra comparativa contra la cual se va a contrastar el procedimiento terapéutico pendiente de valorar. Hay varias opciones al respecto: se puede comparar un tratamiento farmacológico contra uno psicoterapéutico, dos intervenciones psicoterapéuticas entre sí o bien, una intervención psicoterapéutica contra una maniobra de placebo. La selección de la modalidad dependerá de los objetivos del trabajo y de las facilidades con las que se cuente. Recientemente apareció un artículo que discute la forma como fue diseñado un ensayo clínico controlado para determinar la eficacia de una intervención de psicoterapia. Esto ejemplifica todos los aspectos y problemas que conlleva una investigación de este tipo.

Los autores diseñan un estudio multicéntrico de tratamiento psicológico en sujetos con el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático. Para su desarrollo se propuso reclutar específicamente a mujeres en activo de las fuerzas militares o veteranas del ejército de los Estados Unidos de Norteamérica, ya que en esta población la prevalencia del trastorno es alta. Como antecedente, hacen referencia a un estudio previo efectuado en ex combatientes de la guerra de Vietnam con el mismo tipo de diagnóstico. Se definió como objetivo principal del ensayo, determinar la eficacia de la terapia de exposición prolongada para resolver el trastorno del estrés postraumático. Dicha exposición es un tipo de terapia cognoscitivo-conductual en donde se le pide al paciente que relate de manera iterativa el episodio traumático hasta que la reacción emocional disminuya y poco a poco pueda confrontar de manera segura y sin ansiedad los recuerdos de lo que sucedió. El diseño propuesto es el de un estudio prospectivo con dos brazos de tratamiento en el que la maniobra comparativa de control es un procedimiento de terapia centrada en el presente, la cual brinda los beneficios generales de una intervención terapéutica pero sin la precisión de enfoque de la alternativa opuesta. El diseño del estudio contempla la participación de 12 centros de investigación en psicoterapia para alcanzar una muestra de al menos 340 sujetos. Las candidatas a participar deberán reunir los criterios diagnósticos del DSM IV para la entidad clínica que se va a valorar y una calificación de al menos 45 puntos en la escala de estrés postraumático administrada por el clínico. No deberán estar recibiendo psicoterapia y si siguen un tratamiento farmacológico este deberá haber permanecido estable al menos durante los dos meses previos. Los criterios de inclusión/exclusión tratarán de ser congruentes con dos aspectos; es decir, generalización y seguridad. Por lo tanto se incluirá, por ejemplo, a mujeres con abuso de sustancias pero sin dependencia y se excluirán aquellas con algún tipo de comorbilidad que represente un riesgo elevado si participan en el ensayo. Para los autores estos criterios permiten que la muestra se asemeje lo más posible a lo que sucede en la práctica clínica habitual. Como medidas de respuesta se propone considerar los cambios en la condición de los siguientes aspectos: síntomas de estrés postraumático y de condiciones comórbidas como ansiedad y depresión; funcionamiento psicosocial y calidad de vida; salud física en general; satisfacción con el tratamiento y utilización de servicios de salud física y mental. Todas las evaluaciones las harán investigadores que desconozcan el tipo de terapia que las pacientes están recibiendo. Las evaluaciones se efectuarán antes del inicio del tratamiento, al final de éste y a los 3 y 6 meses posteriores. La terapia de exposición prolongada se desarrollará de acuerdo con un manual previamente establecido, con 10 sesiones de 90 minutos cada una. La terapia centrada en el presente se administrará igualmente mediante la aplicación de técnicas establecidas en un manual y el número y duración de las sesiones será similar. En

caso necesario las pacientes podrán recibir a lo largo del estudio tratamiento adicional si la situación así lo requiere. Estas intervenciones quedarán identificadas en el procedimiento. En caso de que haya salidas prematuras del estudio, éstas se consignarán e independientemente de ello se les dará seguimiento a 3 y 6 meses. Un aspecto importante del diseño consiste en la selección, entrenamiento y supervisión de los terapeutas. Para esto se seguirá un procedimiento estandarizado en todos los centros. Para la selección se considerará el grado académico y un nivel mínimo suficiente de experiencia en psicoterapia. A todos los investigadores se les dará un entrenamiento para la administración de las técnicas que van a utilizar y se harán pruebas previas de unificación de criterios. Se conformará un grupo de terapeutas de supervisión que a lo largo del estudio estará en contacto con los demás y podrá hacer ajustes y sugerencias conforme a lo observado a lo largo del estudio.

Tal parece que los investigadores han tratado de cubrir todos los aspectos fundamentales para poder desarrollar un ensayo clínico comparativo con tratamiento de psicoterapia. Muchos aspectos se pueden aprender en cuanto a la forma como fue diseñado para que, quienes se interesen en hacer este tipo de trabajos de investigación, tengan elementos adecuados para estandarizar sus procedimientos. Si bien las evaluaciones de los tratamientos con psicoterapia implican muchas más variables por controlar que, por ejemplo los tratamientos farmacológicos, es posible que si se sigue un procedimiento estricto y bien controlado se puedan implementar estudios que arrojen resultados creíbles y reproducibles. La publicación de los resultados de este estudio nos podrá confirmar lo anterior.

(Guillermo Jonguitud)

Bibliografía

SHNURR P P, FRIEDMAN M J, ENGEL CC y cols.: Issues in the design of multisite clinical trials of psychotherapy: VA cooperative study, No. 494 as an example. *Contemporary Clinical Trials*, 26:626-636, 2005.

Prevalencia de trastornos mentales y patrones de utilización de servicios

■ La información epidemiológica sobre las enfermedades mentales sigue siendo un campo en el que el conocimiento es limitado y, por otra parte, los datos tienden a modificarse rápidamente; adicionalmente, los estudios de esta área se han vuelto más complejos, ya que no sólo se limitan a mostrar cifras de prevalencia e incidencia. Ahora hay un interés en correlacionar los datos básicos con otros parámetros que reflejen de manera más integral lo que realmente sucede en las comunidades humanas. Recientemente aparecieron los informes de los datos encontrados en la última encuesta nacional norteamericana, sobre la prevalencia y comorbilidad de algunos trastornos mentales en la comunidad. Además, este grupo de trabajo informó sobre los patrones y frecuencia de uso de los servicios de atención de problemas de salud mental en estos individuos.

Con el fin de estimar la prevalencia a 12 meses, la severidad y la comorbilidad de los trastornos de ansiedad, del afecto, del control de impulsos y del uso de sustancias, llevaron a cabo la repetición

de una encuesta efectuada hace ya algunos años. El procedimiento metodológico consistió en la aplicación de una encuesta persona a persona, utilizando una entrevista diagnóstica estructurada, es decir, la versión desarrollada por la OMS del CIDI, la cual es de uso internacional. La muestra consistió en 9282 individuos mayores de 18 años residentes en los Estados Unidos de Norteamérica, en quienes se buscó la presencia de los trastornos mencionados durante los últimos 12 meses. Los resultados fueron los siguientes: 18.1% presentó algún trastorno de ansiedad, 9.5% diferentes tipos de trastornos del afecto, 8.9% problemas relacionados con el control de impulsos y 3.8% reunió criterios suficientes para algún trastorno relacionado con el consumo de sustancias. De manera global, 26.2% de todos los sujetos encuestados manifestó algún tipo de trastorno en los últimos 12 meses. De todos ellos, 22.3% se clasificó como trastorno grave, 37.3% como moderado y 40.4% como leve. Cincuenta y cinco por ciento tuvo sólo un diagnóstico, 22% dos y 23% tres o más. Por medio de un análisis de clase latente, se detectaron 7 clases consideradas como de trastorno multivariado, que incluyeron tres altamente comórbidas, y que representaban 7% de la población encuestada. De acuerdo con los autores, la presencia de estos trastornos mentales tiene un impacto importante sobre las condiciones de salud de la población general. Sin embargo, el hallazgo más interesante fue que los casos graves y con tendencia a la comorbilidad tienden a concentrarse en una proporción relativamente pequeña de casos.

En un segundo artículo, este grupo informa sobre los patrones de uso de servicios de salud mental en la comunidad y sobre los factores que pueden predecir su empleo. Los datos provienen de la misma encuesta y con el mismo número de sujetos encuestados; consideran que la información es importante debido a que estiman las necesidades no cubiertas de estos servicios de salud. Se buscó la proporción de individuos que habiendo sido identificados como aquejados de algún tipo de trastorno dentro de los mencionados, recibió tratamiento durante los 12 meses previos a la entrevista. Se incluyeron cuatro sectores de servicios: de salud mental, de medicina general, de atención humanitaria y de medicina alternativa o complementaria. Se incluyó asimismo información respecto al número de visitas a estos servicios y a la proporción de sujetos que recibió lo que se consideró una mínima atención adecuada. De los participantes, 41.1% recibió algún tipo de tratamiento en los 12 meses previos: 12.3 % fue atendido por un psiquiatra, 16% por un trabajador de la salud mental no psiquiatra, 22.8 % por un médico general, 8.1% por un proveedor de atención humanitaria y 6.8% por un proveedor de medicina alternativa. Hubo pacientes que recibieron más de una alternativa de tratamiento. En forma global, los que recibieron atención en los servicios de salud mental documentaron un mayor número de visitas (mediana 7.4), que los que recibieron atención en el sector de medicina general (mediana 1.7). Así también, más sujetos atendidos por los especialistas recibieron tratamiento que rebasó el umbral mínimo del nivel considerado como adecuado, en comparación con los que lo recibieron en el sector de medicina general (48.3% y 12.7% respectivamente). La presencia de necesidades no cubiertas fue mayor en los grupos que tradicionalmente se consideran como descubiertos: individuos seniles, provenientes de minorías étnicas, con bajo nivel de ingresos, sin sistemas de protección social y residentes en áreas rurales. En conclusión se considera que la mayor parte de los sujetos con problemas de salud mental en Norteamérica, permanecen no identificados o bien son tratados en forma inadecuada. Por lo tanto es necesario implementar medidas para aumentar los procedimientos adecuados de identificación y mejorar las intervenciones terapéuticas.

(Margarita Horta Carrillo)

Bibliografía

KESSLER RC, CHIU WT, DEMLER O y cols.: Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62:617-627, 2005.

WANG PS, LANE M, OLFSON M y cols.: Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62:629-640, 2005.

El consumo de alcohol como factor de riesgo para desarrollar depresión o ansiedad

■ Cierta número de estudios transversales ha identificado una comorbilidad importante entre ansiedad y depresión con el abuso de alcohol. Por ejemplo, los datos de trabajos epidemiológicos de población abierta en Norteamérica y Europa muestran de manera consistente un incremento de por lo menos el doble, en la prevalencia de por vida de los trastornos ansiosos y depresivos en sujetos con el diagnóstico de abuso o dependencia al alcohol. Sin embargo, para algunos investigadores interesados en el tema, la naturaleza temporal de la asociación es difícil de determinar a partir de estudios transversales. El principal obstáculo con este método, consiste en cómo determinar si el consumo del alcohol es un factor de riesgo o bien sólo una forma de automedicación. Por otra parte, los estudios longitudinales existentes sobre la relación entre el consumo de alcohol y estas entidades clínicas no son lo suficientemente claros. La publicación de un meta-análisis que incluyó ocho estudios longitudinales sobre el tema, encontró que el consumo de alcohol se asoció de forma significativa con el desarrollo posterior de depresión. No obstante, ninguno de los estudios hizo un ajuste suficiente para los factores que pudieran generar confusión. En contraste, estudios más recientes muestran una falta de asociación potente entre el alcoholismo y la depresión, aunque encuentran que, en caso de darse, las mujeres tienen un riesgo mayor. Con estos antecedentes los autores de este artículo examinan la relación entre alcoholismo y depresión o trastornos de ansiedad en ambos sentidos, utilizando los datos de una encuesta epidemiológica de salud mental llevada a cabo en el Reino Unido. En el estudio se hizo un seguimiento a 18 meses e incluyó a más de 2000 sujetos encuestados, de entre 16 y 74 años de edad. Tanto al inicio como en las entrevistas posteriores se utilizó el AUDIT, un cuestionario estandarizado y de amplia cobertura diseñado para determinar patrones de consumo de alcohol. A quienes obtuvieron una calificación por arriba de 8 puntos en el mismo, se les aplicó una entrevista más a fondo sobre consumo y consecuencias del consumo de alcohol. Para evaluar la comorbilidad psiquiátrica en estos sujetos, se utilizó un procedimiento de entrevista semi-estructurada para identificar trastornos depresivos y de la esfera de los trastornos de ansiedad.

Una vez efectuado el procedimiento ponderal para ajustar los datos de la muestra de manera estratificada y tomando en cuenta el nivel de falta de respuesta, se encontró una prevalencia basal de

24% de consumo riesgoso de alcohol (consumir una cantidad diaria por arriba de las normas establecidas por las agencias gubernamentales de salud del país). El consumo de alcohol fue mayor en los hombres que en las mujeres (42 y 21% respectivamente), y los hombres con consumo riesgoso presentaron un riesgo seis veces mayor de desarrollar dependencia. Para identificar la correlación entre el consumo de alcohol y la generación de depresión o ansiedad como consecuencia del mismo, se identificó a aquellos sujetos que en la evaluación basal tuvieron una calificación significativa como para considerarlos afectados de algunos de estos trastornos. Al dividir a estos entre quienes mostraron consumo riesgoso de alcohol y quienes no lo tuvieron, se encontró que los consumidores riesgosos no presentaron ni en la evaluación basal ni en el seguimiento, un riesgo comparativamente mayor de presentar cuadros depresivos o cuadros de ansiedad. En el análisis en sentido inverso, es decir, al identificar cuáles de los detectados como afectados de ansiedad o de depresión desarrollaron en el seguimiento problemas de alcoholismo, no se encontró ningún tipo de relación. En conclusión, el estudio muestra que los sujetos con consumo riesgoso de alcohol no presentaron una tendencia mayor a desarrollar depresión o ansiedad. Sin embargo, sí se comprobó que quienes no consumían alcohol en absoluto mostraron un riesgo menor de desarrollar estos trastornos, lo cual implica que probablemente la abstinencia es un factor de protección.

(Carlos Berlanga)

Bibliografía

HAYNES JC, MICHAEL FM, SINGLETON N, y cols.: Alcohol consumption as a risk factor for anxiety and depression. *Brit J Psychiatry*, 187:544-551, 2005.

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 2006

	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.

