



Información

Clínica

Volumen 17

Número 3

Marzo 2006

Dieta, diabetes y esquizofrenia: revisión e hipótesis

■ Se conoce ampliamente que existe una alta incidencia de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM) en pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia. Las evidencias sugieren que ésta no sólo se debe a los efectos de los medicamentos, sino que está asociada con factores independientes a la misma esquizofrenia. La resistencia a la insulina fue descrita en estos pacientes aun antes de que los antipsicóticos estuvieran disponibles, y actualmente ha sido confirmada en pacientes sin antecedentes de haber recibido tratamiento. La resistencia a la insulina y la DM, son manifestaciones del síndrome metabólico que se ven muy influenciadas por la dieta. El riesgo de padecer dicho síndrome es notablemente menor si la dieta es baja en grasas saturadas, alta en ácidos grasos poliinsaturados, baja en carbohidratos, alta en fibra y con un contenido adecuado de frutas y vegetales. Los factores de la dieta son importantes para reducir el riesgo de padecer DM y enfermedades cardiovasculares; sin embargo la posibilidad de que los factores nutricionales pudieran afectar la salud mental ha sido menospreciada. En esta publicación se revisó la bibliografía relacionada con la dieta y otros estilos de vida, como factores de riesgo para padecer DM en pacientes con esquizofrenia. Se desarrolló una hipótesis que propone una vía común a través de la cual, el estilo de vida pudiera contribuir al desarrollo de esquizofrenia y DM. Esta información resulta relevante para el manejo clínico de estos pacientes.

Estudios ecológicos de dieta y esquizofrenia.- La evolución a largo plazo de la esquizofrenia es mejor en los países en desarrollo que en los países desarrollados. A pesar de que hay muchos factores que pudiesen explicarlo, esto resulta contradictorio si se toma en cuenta que los países industrializados tienen mayores recursos para el tratamiento de esta enfermedad. Se han postulado algunos factores sociales como responsables de este hecho entre ellos la dieta, la cual está determinada por factores sociales,

políticos y culturales. Es notable que este patrón de mejor pronóstico se asemeje a la aparición de las enfermedades del síndrome metabólico, las cuales son menos comunes en países en desarrollo que en los industrializados. Existen dos estudios ecológicos sobre la dieta en relación con la esquizofrenia: el primero, publicado en 1988, muestra que el mayor consumo de ácidos grasos saturados con respecto al consumo de ácidos grasos poliinsaturados se asocia a un peor pronóstico de la enfermedad; el segundo, realizado en 2004, considera que el consumo de azúcar refinada es un factor de predicción importante para un mal pronóstico de la esquizofrenia. Aunque las asociaciones de esta naturaleza no pueden considerarse como causales, apoyan la hipótesis de que una dieta alta en grasas saturadas, baja en grasas poliinsaturadas y alta en carbohidratos es perjudicial para la evolución de la esquizofrenia.

La dieta de los pacientes con esquizofrenia.- Los jóvenes, que son la población en alto riesgo de padecer esquizofrenia, tienen hábitos dietéticos particularmente pobres, consistentes en comida chatarra, alimentos fritos y refrescos; hay estudios recientes que sugieren que los pacientes con esquizofrenia tienen una dieta aún más pobre, por ejemplo baja en fibra y vitaminas antioxidantes

Contenido

Dieta, diabetes y esquizofrenia: revisión e hipótesis	13
El trastorno de estrés postraumático y sus tratamientos	15
La epidemiología de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: I. Métodos y carga para la salud pública	16

(C y E), con escasas porciones de frutas y verduras, alto consumo de grasas saturadas y azúcar. Incluso, en el estudio más reciente publicado en 2003, se encontró un consumo alto de carbohidratos en pacientes con esquizofrenia resistente a tratamiento. En resumen, los pacientes con esquizofrenia consumen el tipo de dieta que se puede considerar como promotora de las enfermedades del síndrome metabólico.

Otros estilos de vida.- Las personas que tienen un estilo de vida sedentario y ven la televisión más de 4 horas al día, tienen mayor propensión a padecer obesidad y enfermedades cardiovasculares. El hábito tabáquico es propuesto como un factor de riesgo independiente para desarrollar diabetes. Ambos factores son típicos de los pacientes con esquizofrenia. Se ha considerado que el efecto sedante de los antipsicóticos es el responsable de este estilo de vida, sin embargo estudios en adolescentes con esquizofrenia han mostrado que tienen un gasto de energía muy bajo, aun antes del inicio del tratamiento con antipsicóticos. El hábito tabáquico es mucho más prevalente en pacientes esquizofrénicos que en la población general; algunos estudios han encontrado que en 90% de los casos, este hábito precede al inicio de los síntomas psicóticos. Una explicación de esta mayor tendencia a la dependencia en los pacientes, es que la nicotina favorece una mejoría temporal de las funciones cognitivas.

Los efectos de los antipsicóticos en la ingesta de alimentos.- Los antipsicóticos pueden ocasionar un aumento en el apetito y los pacientes con esquizofrenia hacen peores decisiones acerca de los alimentos que deben consumir; esto lleva a que cualquier incremento en el apetito, lleve al consumo de comida chatarra, que suele ser alta en grasas y carbohidratos. La aparición de obesidad secundaria al aumento de ingesta, fue observada desde el inicio del tratamiento con clorpromazina y antipsicóticos de depósito; pero la asociación de obesidad con diabetes, esta alcanzando mayor importancia en relación con el aumento de la prescripción de antipsicóticos atípicos. Sin embargo, el aumento de la obesidad en pacientes con esquizofrenia se debe valorar conjuntamente con el incremento en la obesidad de la población general. El mecanismo por el cual los antipsicóticos producen un aumento en el consumo de alimentos, probablemente se relaciona con su efecto sobre los receptores de serotonina y dopamina; también se han encontrado niveles altos de leptina posteriores al tratamiento con ambos tipos de antipsicóticos (típicos y atípicos); este péptido se produce en los adipocitos y actúa en el hipotálamo, produciendo saciedad, por lo que se propone que las personas obesas son resistentes a este efecto de la leptina, sin embargo no existe comprobación que sugiera que los antipsicóticos tengan un efecto primario en la resistencia a la leptina.

Tampoco se han encontrado pruebas de que los antipsicóticos tengan un efecto primario a nivel de las células beta del páncreas, por lo tanto parece que las alteraciones en el metabolismo de la glucosa posteriores al inicio de antipsicóticos, se deben al incremento en la

ingesta de alimentos de baja calidad, y no a un efecto directo de los antipsicóticos en dicha alteración.

Dieta, diabetes y esquizofrenia: Una hipótesis.- La resistencia a la insulina aparece por una interacción entre genética y estilos de vida. No necesariamente siempre es dañina, como sucede entre los aborígenes australianos, quienes muestran resistencia a la insulina que no se convierte en patológica, hasta que adoptan los estilos de vida de las culturas occidentales. La explicación más lógica de la alta prevalencia de DM en pacientes con esquizofrenia, es que existe una predisposición genética para generar resistencia a la insulina, y que ésta se desarrolla debido a inadecuados estilos de vida y a los efectos de los antipsicóticos en el consumo de alimentos. Sin embargo, la evidencia de que existe una asociación significativa entre dieta y severidad de la esquizofrenia, aumentan la posibilidad de que DM y esquizofrenia compartan una fisiopatología común influenciada por estilos de vida, ejercicio y dieta. Un elemento fisiológico que podría explicar la relación entre dieta, diabetes y esquizofrenia es la participación del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF). Esta proteína es necesaria para el mantenimiento de las dendritas y se observa su máxima expresión en la corteza frontal durante la adolescencia, que es cuando esta área cerebral madura estructural y funcionalmente; esto se correlaciona con la edad de inicio más frecuente de la esquizofrenia: la adolescencia, momento justo en que se necesita la presencia de este factor para el crecimiento y mantenimiento de las dendritas. Hallazgos recientes han mostrado que la expresión de dicho factor es baja en pacientes con esquizofrenia y en personas que consumen una dieta alta en grasas y carbohidratos. El BDNF también se asocia con la resistencia a la insulina; los ratones sometidos experimentalmente al procedimiento de eliminación de ciertos genes (*knockout*) y que se vuelven heterocigotos para BDNF, muestran hiperfagia y algunas enfermedades similares a las del síndrome metabólico. La administración de BDNF en los ventrículos de ratones obesos y diabéticos, favorece una mejor tolerancia de la glucosa. Con base en lo descrito anteriormente, es posible construir una hipótesis respecto a que la dieta alta en grasa y carbohidratos de los pacientes esquizofrénicos, lleva a una baja expresión de BDNF en el cerebro, lo cual exacerbaría cualquier predisposición genética a una expresión anormal del factor. Aunque de forma meramente especulativa, esta hipótesis nos lleva a establecer un modelo para explicar la asociación epidemiológica observada entre dieta alta en grasas y carbohidratos con un mal pronóstico de la esquizofrenia, que además incrementa el riesgo de diabetes a través de mecanismos periféricos y centrales. Hay evidencias de que los antipsicóticos típicos y atípicos tienen un efecto distinto en el BDNF: el haloperidol produce una disminución de su expresión en el hipocampo, mientras que la olanzapina y la clozapina la aumentan. Sin embargo, mientras no se clarifique la correlación entre estos efectos y la eficacia y el perfil de los efectos secundarios de estos fármacos, es poco probable

afirmar que estén actuando mediante una acción sobre el BDNF.

Importancia clínica de las intervenciones en el estilo de vida de pacientes con esquizofrenia.- La importancia de un estilo de vida sano, para reducir el riesgo de padecer obesidad, DM y enfermedad cardiovascular, merece ser destacada. Como la resistencia a la insulina es una característica asociada a la esquizofrenia, independientemente de cualquier tratamiento farmacológico se debe intervenir en el estilo de vida de los pacientes con esquizofrenia de forma inmediata, como parte del tratamiento integral del paciente con un primer brote psicótico. Las evidencias presentadas permiten el desarrollo de la hipótesis de que una dieta baja en grasas saturadas, alta en ácidos grasos poliinsaturados y baja en carbohidratos, puede ser benéfica para el alivio de los síntomas de la esquizofrenia. Aunque esta propuesta no ha sido sistemáticamente investigada, existen informes anecdóticos del éxito de este abordaje. Desafortunadamente, no se cuenta con la suficiente evidencia sobre la forma más adecuada de modificar los hábitos de los pacientes esquizofrénicos.

(Rafael López Sánchez)

Bibliografía

PEET M: Diet, diabetes and schizophrenia: review and hypothesis. *British J Psychiatry*, 184 (supl 47): s102-s105, 2004.

El trastorno de estrés postraumático y sus tratamientos

■ La evidencia generada durante las últimas décadas nos demuestra que en el humano se acumula cada vez más una gran carga psicológica, producto de acontecimientos tales como guerras, terrorismo y desastres naturales. Se calcula que cerca de 8% de la población mundial sufre un trastorno de estrés postraumático (TEPT) y en casi la mitad de estos sujetos tal padecimiento se vuelve crónico. Hay publicadas en la actualidad varias guías y lineamientos para orientar al clínico sobre cómo tratar a estos pacientes. Sin embargo, hasta recientemente apareció una nueva aportación al tema, en donde se proponen alternativas de manejo cuando las primeras opciones fallan o bien generan una respuesta parcial. También se proponen otras alternativas para aquellos casos en los que la intolerancia farmacológica es un problema o bien para cuando existe una elevada comorbilidad con otros trastornos. En primer lugar se enfatiza la necesidad de contar con un diagnóstico cuidadoso, requisito indispensable antes de iniciar cualquier tratamiento.

La mejor comprobación de eficacia para el tratamiento del TEPT la ofrece los antidepresivos inhibidores selectivos

de recaptura de serotonina (ISRS). Si bien hay estudios que demuestran dicha eficacia en la mayoría de estos compuestos, en la actualidad sólo la paroxetina y la sertralina han obtenido el registro norteamericano para tal indicación. Se recomienda iniciar su uso con una dosis baja ya que muchos pacientes son sensibles al efecto ansiogénico inicial que en ocasiones se presenta. También hay evidencia, aunque limitada, de que tanto la venlafaxina como la mirtazapina pueden ser efectivos; no así el bupropion cuyos estudios clínicos han producido resultados negativos. Los tricíclicos y los inhibidores de la MAO también parecen ser eficaces, sin embargo los estudios con estos fármacos se han efectuado en su mayoría en pacientes veteranos de guerra, por lo que no se pueden extrapolar sus datos a otras poblaciones. Los ISRS por lo general producen resultados clínicos después de 2 a 4 semanas de iniciados. No obstante, debido a que a veces la dosificación se incrementa en forma lenta, esto puede llevar más tiempo. Lo ideal es hacer un intento farmacológico de entre 6 y 12 semanas. Lo más común es que después de 12 semanas los síntomas se reduzcan en 50%. Para muchos pacientes, el continuar con el tratamiento logra que se incrementen paulatinamente la recuperación. Es común que después de 6 meses, los síntomas hayan desaparecido hasta casi 70%. El continuar con un tratamiento de mantenimiento reduce notoriamente las posibilidades de recaídas. En esta fase del tratamiento, ante la falta de respuesta o ante una respuesta parcial, el algoritmo ofrece múltiples alternativas, si bien con limitada sustentación científica. El primer paso es incrementar la dosis del antidepresivo hasta el nivel máximo si es que éste es bien tolerado. Otras opciones ante la falta de respuesta son cambiar el fármaco aunque sea por otro de la misma familia, combinarlo con otros compuestos para potencializarlo (como se hace en la depresión) o bien simplemente darle más tiempo a la monoterapia. Otra sugerencia, cuando el paciente responde parcialmente, es combinar otras sustancias con el fármaco que tenga efecto específico sobre los síntomas más sobresalientes: por ejemplo, benzodiazepinas si hay insomnio o ansiedad, un estabilizador o un anticonvulsivo si hay descontrol conductual o impulsividad, o bien un antipsicótico si hay manifestaciones de paranoia o hipervigilancia. Esto también es aplicable en el caso de que existan otros trastornos identificados en comorbilidad.

Las conclusiones que se pueden obtener de esta revisión son que el TEPT es un padecimiento que en ocasiones implica dificultades para su tratamiento. El clínico deberá utilizar como primeras opciones farmacológicas aquellas que cuenten con una mayor evidencia de eficacia. Sin embargo, éste aún es un campo poco explorado por lo que la sensibilidad y el buen juicio clínico deberán aplicarse para buscar otras opciones tanto farmacológicas como de psicoterapia.

(Mónica del Río Cabrero)

Bibliografía

DAVIDSON J, BERNIKS M, CONNOR KM y cols.: A new treatment algorithm for posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Annals*, 35:887-889, 2005.

La epidemiología de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes:

I. Métodos y carga para la salud pública*

■ La epidemiología se define como una ciencia básica y exacta de la medicina social y de la salud pública, que provee los elementos para la prevención y control de las enfermedades. Probablemente una de las pocas ventajas que ha tenido el desarrollo tardío de la paidopsiquiatría sea la enorme cantidad de trabajo empírico, teórico y estadístico desarrollado tanto en la medicina como en la psicología de la cual se beneficia la especialidad, que incluye así el área de la epidemiología. Parece necesario diferenciar la epidemiología de la salud pública de la epidemiología clínica: la primera tiene como objetivo monitorear y reducir el peso de las enfermedades en la comunidad mientras que la segunda utiliza métodos epidemiológicos para entender las causas de las enfermedades. En esta revisión se detalla cuál es el peso de los trastornos psiquiátricos en la infancia y en la adolescencia para la salud pública y se describe también el nuevo concepto de “epidemiología del desarrollo”, el cual intenta incorporar a este campo los elementos del desarrollo.

Cuando se observa un patrón no aleatorio en la manifestación de una enfermedad se tiene la oportunidad de reconocer algunos factores causales; en el caso de la depresión que se incrementa dramáticamente en las mujeres durante la pubertad y la adolescencia, en comparación con los hombres, estamos observando una distribución no aleatoria en el tiempo, lo que sugiere que hay “algo” en la pubertad que dispara la depresión. Por consiguiente el objeto de la epidemiología es entender estos patrones en el tiempo y en el espacio y utilizarlos en la prevención y control de las enfermedades. La epidemiología y la medicina clínica tienen similitudes y diferencias: las similitudes son que ambas buscan la prevención y control de las enfermedades y el conocimiento sobre sus causas y cursos. Los métodos de ataque son similares, es decir, métodos tácticos (problemas administrativos y prácticos en el control de las enfermedades) y métodos estratégicos (qué causa la enfermedad, búsqueda de nuevos tratamientos y de nuevas medidas de control). La diferencia fundamental entre ambas ramas de la ciencia es el objeto de estudio: para la epidemiología es la comunidad y para la medicina clínica el individuo. Esta revisión se acerca a la “última frontera”: la epidemiología de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes.

Métodos epidemiológicos: evaluación en muestras no clínicas

Contar los casos puede ser sencillo en algunas enfermedades donde sólo con cuantificar el número de pacientes que se presentan a solicitar atención puede tenerse una estimación del problema de salud; sin embargo en el caso de la paidopsicopatología no sucede así pues los padres, los maestros y los pediatras funcionan como accesos al tratamiento. De esta forma el mayor reto para el desarrollo de medidas efectivas tiene que ver con la identificación de casos verdaderos por lo que las categorías diagnósticas de la OMS y del DSM han sido convertidas a entrevistas semi o altamente estructuradas.

En cuanto a las entrevistas diagnósticas, en la última década y desde el lanzamiento del DSM-IV se han podido establecer los siguientes puntos: 1) Debido al nivel de la taxonomía existe una limitada confiabilidad test-retest. 2) Las evaluaciones de confiabilidad temporal de la población pediátrica son similares a las de los adultos. 3) Los diversos informantes dan diferentes, no debido al instrumento sino porque efectivamente, cada padre observa aspectos diferentes de la enfermedad. 4) Todos los tipos de entrevistas ofrecen resultados de confiabilidad temporal similares. En los Estados Unidos de Norteamérica, el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), ha dado por concluido el periodo especial de apoyo para la generación de instrumentos diagnósticos válidos como el DISC. Se puede señalar que aunque las entrevistas altamente estructuradas se han elaborado para legos, en éstas no se requiere la toma de decisiones clínicas; aunque es posible establecerlas en investigaciones con instrumentos como el CAPA. Cuando la investigación requiere algo más que el establecimiento categórico de una enfermedad o de un grupo de síntomas, es decir, cuando se necesita saber la frecuencia, duración o intensidad de los síntomas, hay que emplear una entrevista semiestructurada como el K-SADS-PL, la cual implica una alta decisión de criterios clínicos.

Se está trabajando en dos versiones nuevas del DISC, una para preescolares y otra para adultos jóvenes (www.c-disc.com). Esta última versión del DISC para adultos jóvenes se ha diseñado para que sea sólo el paciente quien ofrezca los datos clínicos. Existen ahora métodos alternativos de evaluación; las versiones de lápiz y papel han sido convertidas a algoritmos computarizados que disminuyen el sesgo de recolección y los errores implícitos en el paso de información. También disminuye la posibilidad de que se hagan preguntas fuera de lo establecido. Estas versiones computarizadas a las que responden el clínico o lego capacitado, han sido superadas por las versiones computarizadas que son respondidas directamente por el padre o el adolescente; incluso existen versiones donde los apoyos visuales facilitan el reconocimiento de los síntomas y mejoran la validez. Un gran número de estas entrevistas ha sido traducido a diferentes idiomas.

Tamizado para los trastornos psiquiátricos

Los tamizajes o cribajes son listados breves que permiten la identificación de probables casos en escuelas, consultorios pediátricos, grupos de alto riesgo o estudios

* Revisión de la investigación en los últimos 10 años.

nacionales. Los tamizajes tienen dos áreas principales de aplicación: estimar la prevalencia e identificar individuos con alto riesgo. Los tamizajes como herramientas epidemiológicas funcionan con base en su sensibilidad y especificidad y sirven como una primera evaluación en investigaciones de múltiples etapas secuenciales para identificar casos. Estos instrumentos pueden ofrecer falsos positivos y falsos negativos; sin embargo son útiles para la estimación de prevalencias, constituyen una herramienta barata comparada con las entrevistas clínicas y pueden reducir el tamaño de la muestra. La idea de que estas herramientas puedan emplearse para identificar a niños en alto riesgo permite a los pediatras identificar probables casos y referirlos al especialista. Los tamizajes en las escuelas los llenan los maestros y los propios alumnos, sin embargo algunos que identifican la conducta suicida han resultado ser poco sensibles. De forma general se puede decir que estos tamizajes tienen buen valor predictivo negativo y especificidad, pero mal valor predictivo positivo y pobre sensibilidad. Cuando se emplearon los criterios de depresión de una entrevista diagnóstica como el CIDI, 49% sólo fueron verdaderos casos. La evidencia actual de los tamizajes deja mucho por hacer en el futuro.

Vigilancia de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: estimación del peso de la enfermedad

El peso de la enfermedad puede entenderse por medio de la cantidad de sujetos afectados. En 1996 se publicó el estudio sobre el Peso Global de las Enfermedades en el que se hizo una proyección hasta el año 2020. Con anterioridad a esta publicación el interés epidemiológico se centraba en el impacto en los índices de mortalidad, sin embargo se adoptó una medida ajustada para la incapacidad que se mide por el número de años que se viven con la incapacidad (DALY's). De las 10 causas líderes, nueve se relacionan con problemas de salud mental; juntas son más de 50% de los DALY's. Las tres principales en hombres y mujeres son la depresión, el uso de alcohol y los accidentes de tráfico.

Vigilancia de salud pública para trastornos psiquiátricos en edad pediátrica

El Centro para el Control de las Enfermedades (CDC) evalúa de forma periódica desde 1991 la prevalencia de la conducta suicida, el uso de drogas y las conductas de riesgos entre niños y jóvenes. Desde esa fecha hasta 2005 se sabe que la violencia física ha disminuido, mientras que los intentos suicidas se han mantenido en un rango de 8%. Estos trabajos facilitan la toma de decisiones respecto al peso de las enfermedades en la salud pública. La evaluación disponible más reciente y que corresponde al año 2002 señala en los informes de los padres, que 5.5% de los niños y adolescentes en los Estados Unidos de Norteamérica manifestaron problemas emocionales, de concentración y de conducta. El doble de niños con respecto a las niñas está afectado (7.5% vs. 3.5%) y las familias con bajos ingresos manifestaron mayores

problemas (11%).

Otros estudios de prevalencia y peso de la enfermedad

No existe un estudio nacional sobre la prevalencia y el peso de la enfermedad para niños y adolescentes en los Estados Unidos de Norteamérica. El National Comorbidity Survey señala sólo las características de los adolescentes. En el Reino Unido se desarrolló una investigación para determinar el impacto del peso de la salud mental en población pediátrica, incluyendo a niños y adolescentes; las conclusiones de estas investigaciones señalan que entre 3% y 18% de los niños tienen un padecimiento psiquiátrico. La media para los trastornos emocionales serios es de 12%; 8% para los trastornos ansiosos y 6% para los problemas de conducta. La evaluación del factor de deterioro o la falta de esta, modifican sustancialmente las cantidades estimadas para algunos padecimientos como en el caso de las fobias que, con base en esto, varían desde 0.7% al 21%.

En relación con el uso de los servicios de salud mental, para el gobierno federal norteamericano los problemas emocionales serios son el criterio para establecer ese tipo de servicio. De esta manera muchos de los niños y adolescentes con formas no severas pero que necesitan tratamiento, no lo reciben. La administración de tratamiento durante el año de aparición de un trastorno depresivo es 14 a 15 veces mayor para los adultos de 30 a 54 años que para los menores de 12 años. Aunque pareciera que el peso financiero para la atención de los problemas psiquiátricos es una barrera, resulta que los menores con seguros privados tienen más problemas para recibir atención que los menores con seguro público. Algunas barreras para el uso de servicios en la población pediátrica se deben a que los menores dependen de terceros; sólo cuando existen servicios escolares de salud mental se ha visto que los menores buscan sin apoyo de los padres la atención correspondiente. Desde el punto de vista racial tanto los afroamericanos como los latinos, reciben menos atención que los blancos. La distribución de gastos para la salud mental es de 11% para los menores de 18 años y de 89% para los adultos y ancianos; esto significa que una novena parte del dinero para la atención de salud mental y el abuso de sustancias se utiliza sólo en una cuarta parte de la población. A partir de la década de 1990 se han incrementado los tratamientos farmacológicos para el trastorno por déficit de la atención con hiperactividad (TDAH) y para el trastorno depresivo mayor (TDM) pediátrico, y las condiciones de tratamiento para problemas psiquiátricos por parte de los pediatras ha aumentado de 1.1 millones de visitas en la década de 1980 a 4.5 millones de visitas en los finales de la década de 1990.

Efectividad de las intervenciones para prevenir y tratar los trastornos psiquiátricos en la infancia

Es motivo de controversia que la diferencia entre las necesidades y el uso de los servicios de salud mental se deba a la falta de efectividad de los tratamientos. Los

tratamientos efectivos hoy día, para los problemas de paidopsicopatología, son accesibles “potencialmente” para cualquiera (al menos en Norteamérica), sin embargo no se sabe el impacto que tienen en la comunidad. Uno de los problemas metodológicos más severos está en las diferencias de los niños que reciben tratamiento contra quienes no lo reciben, incluso las estrategias en el diseño de las investigaciones con controles “estrictamente seleccionados” han sido insuficientes. Otros investigadores han señalado las diferencias en las trayectorias de los padecimientos entre los tratados y los no tratados; los tratados estaban más severamente enfermos y mostraban deterioro en su condición clínica, por lo que los controles en diseños de proyectos no sólo deben darse en condiciones como la de no tratamiento, sino en término de trayectoria pre-clínica. El uso de psicofármacos en población pediátrica se ha incrementado tres veces más en los últimos diez años. En el caso de los informes de aseguradoras el uso de psicofármacos en menores de 17 años es de 4.3% y el de los adultos de 4.7%. Los tratamientos de los niños y adolescentes en pocas ocasiones siguen las guías establecidas para el trastorno, por ejemplo, aunque pocos niños reciben tratamiento para depresión, los antidepresivos se usan más frecuentemente de lo que las guías prácticas recomiendan. No obstante, existen evidencias de las ventajas en el uso de estimulantes a gran escala para el TDAH; en aquéllos que los toman, los informes de los padres hasta por tres años de seguimiento señalan deterioro asociado a los síntomas del TDAH. El tratamiento de condiciones psiquiátricas graves puede beneficiar a la sociedad de forma directa. Sabemos que mejores servicios de salud mental reducen en 30% el riesgo de que los adolescentes se involucren con el sistema de justicia.

Conclusiones

¿Qué se aprendió en la última década sobre el peso de los trastornos psiquiátricos en población pediátrica? Las medidas de psicopatología establecidas con entrevistas estructuradas o semiestructuradas son válidas y mucho más confiables que el juicio clínico. El uso de estos instrumentos ha permitido conocer la realidad de la salud mental en la comunidad. Los tamizajes son muy útiles pero no pueden sustituir una evaluación clínica armada. Sólo una proporción muy baja de niños y adolescentes que manifiestan síntomas mentales que les provocan deterioro reciben atención. Ahora más que nunca existe

evidencia de que los trastornos mentales que tiene, el mayor peso en la salud pública se inician en la infancia; sin embargo el dinero que reciben para tratamiento es muy poco. Hoy más que nunca el desarrollo de estrategias de prevención primaria y secundaria para los problemas de salud mental infantil es prioritario en las políticas de salud de los estados. Sin duda tanto la Organización Mundial de la Salud como la Asociación Mundial de Psiquiatría, deberán establecer lineamientos para la investigación, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia.

(Francisco de la Peña Olvera, Lino Palacios Cruz)

Bibliografía

COSTELLO EJ, EGGER H, ANGOLD A: 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatry disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44:972-986, 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.

