



INSTITUTO NACIONAL
DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE

Información

Clínica

Volumen 17

Número 7

Julio 2006

El uso de la risperidona para los trastornos de ansiedad refractarios

■ Los trastornos de ansiedad, incluyendo el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de angustia (TA) y la fobia social (FS) son comunes y deteriorantes; la mayoría de los pacientes que los padecen reciben tratamiento inicial con antidepresivos del tipo inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) y/o benzodiazepinas; aunque estos agentes son efectivos, muchos pacientes persisten con sintomatología. Los hallazgos de los ensayos clínicos sugieren que de 30 a 60% de los pacientes no presenta una reducción significativa en los síntomas después de 6 meses de tratamiento. Por lo tanto hay una clara necesidad de tomar medidas adicionales para muchos pacientes que no responden con la terapia inicial. Las opciones clínicas del “siguiente paso” pueden incluir el cambio del agente farmacológico, añadirle otro o modificarlo por una acción psicoterapéutica como por ejemplo la terapia cognitivo conductual; pero existe una ausencia de información sobre la seguridad o eficacia de las estrategias clínicas del “siguiente paso” para los pacientes con trastornos de ansiedad. La risperidona es un agente con potentes efectos serotoninérgicos y dopaminérgicos, así como con un perfil de efectos secundarios más favorable que el de los antipsicóticos típicos, incluso con menor potencial para producir efectos extrapiramidales. Informes previos sugieren una eficacia potencial de la risperidona para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, incluyendo el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo. El propósito de este estudio es examinar la eficacia de una estrategia potencial para la ansiedad refractaria, es decir la adición de un antipsicótico atípico para el tratamiento de pacientes con trastornos de ansiedad que permanecen refractarios a pesar de administrar agentes indicados para el. Se hipotetiza que la risperidona es un

agente eficaz en el tratamiento del TAG, la FS y el TA.

Se reclutaron 30 pacientes, con diagnóstico primario de TAG, FS o TA (según el DSM-IV), refractarios al tratamiento inicial con dosis adecuadas o las máximas toleradas de fármacos ansiolíticos (ISRS o benzodiazepinas), iniciado por lo menos 8 semanas antes de empezar el estudio. Los criterios de inclusión fueron establecidos según las calificaciones en escalas específicas para cada trastorno, por ejemplo una puntuación ≥ 16 en la escala de Hamilton de ansiedad (HAM-A) para TAG, una puntuación ≥ 70 en la escala de ansiedad social de Liebowitz (LSAS) para FS y una puntuación ≥ 4 en la escala de severidad del pánico del Hospital General de Massachussets (PDSS) para TA. A todos los pacientes se les aplicó la escala de impresión clínica global de severidad de la enfermedad (CGI-S), la cual debería tener una puntuación ≥ 4 . Los criterios de exclusión fueron comorbilidad con trastorno bipolar,

Contenido

El uso de la risperidona para los trastornos de ansiedad refractarios	37
¿Los niños y adolescentes con TDAH responden de modo diferente a la atomoxetina?	38
Evaluación dimensional de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo	39
La distinción entre depresión mayor bipolar y unipolar	40
El impacto de la menopausia en pacientes con diversos trastornos mentales	41

esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, ideación suicida y comorbilidad con abuso o dependencia a sustancias. La escala de HAM-A se aplicó a todos los pacientes, la escala específica para cada trastorno sólo se aplicó al subgrupo de pacientes que padecían dichos trastornos de ansiedad

Se inició tratamiento con risperidona a dosis de 0.25mg/día en la primera semana, y se incrementó lentamente durante las 7 semanas siguientes hasta un máximo de 3mg/día según respuesta y tolerancia. La significancia del efecto terapéutico fue examinada con la prueba t pareada con 2 colas con un nivel de alfa de 0.05. De los 30 pacientes participantes, 43.3% eran mujeres; 53.3% tenían el diagnóstico de TAG, 23.3% tenían diagnóstico de FS y 23.3% de TA. La dosis del medicamento al que se le añadió risperidona, fue mantenida durante todo el estudio y consistió en un antidepresivo en 56.7% de los pacientes; sólo benzodiazepina en 10% de ellos y la combinación de antidepresivo más benzodiazepina en 33.3%. La dosis de risperidona fue en promedio de 1.12mg/día y sólo 21 pacientes completaron las 8 semanas del estudio. Al final de éste hubo una reducción significativa en la escala HAM-A $p=0.0005$ y en CGI-S $p=.0000$; para cada trastorno de ansiedad también hubo una reducción significativa en el puntaje de la escala específica. En HAM-A para pacientes con TAG hubo una $p=0.0055$, en la escala PDSS para pacientes con TA hubo una $p=0.046$ y para la escala LSAS en los pacientes con FS hubo una $p = 0.0154$. Todos los pacientes presentaron por lo menos un efecto secundario, 14 de ellos desarrollaron sedación y fatiga, 11 presentaron aumento del apetito y aumento de peso, 8 tuvieron mareos, sólo 2 desarrollaron acatisia. El uso de risperidona a dosis bajas dio como resultado una mejoría clínica importante y tuvo significancia estadística. Estos hallazgos incrementan el conocimiento clínico sobre el uso de risperidona y otros antipsicóticos atípicos en el tratamiento de la ansiedad.

En general los antipsicóticos habían sido reconocidos como poseedores de propiedades ansiolíticas, pero el perfil de seguridad de los antipsicóticos típicos había limitado su uso para los trastornos de ansiedad. Aunque los antipsicóticos atípicos tienen un perfil menor en la producción de disquinesia tardía o efectos de extrapiramidales, debemos reconocer que aún no conocemos los efectos a largo plazo del uso de estos medicamentos; sólo recientemente se describen los efectos metabólicos de dichos agentes. Se necesitan estudios más prolongados para evaluar la eficacia y la seguridad del uso de risperidona a largo plazo, antes de poder determinar el uso óptimo de este fármaco en los trastornos de ansiedad.

(Rafael López Sánchez)

Bibliografía

SIMON N: An open-label trial of risperidone augmentation for refractory anxiety disorders. *J Clin Psychiatry*, 67:381-385, 2006.

¿Los niños y adolescentes con TDAH responden de modo diferente a la atomoxetina?

■ El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se encuentra entre los trastornos del neuro-comportamiento más frecuentemente diagnosticados y tratados en niños y adolescentes.

Datos relevantes sugieren que los niños y adolescentes con TDAH comparten muchas de las mismas características neurobiológicas y fenotípicas del trastorno, aunque los adolescentes pueden manifestar una menor severidad de síntomas de hiperactividad/impulsividad, en relación con los de inatención. A pesar de estas divergencias sintomáticas, poco es lo que se sabe acerca de las diferencias en cuanto a la respuesta al tratamiento en estos diferentes grupos etarios. Esto resulta ser de particular interés debido a que algunos estudios indican similitudes durante las diferentes etapas de la vida, mientras que otros parecen sugerir una menor respuesta en sujetos adultos con TDAH que en los adolescentes. Un estudio reciente con atomoxetina (ATX) señala una diferencia significativa de la respuesta al tratamiento relacionada con la edad. En los últimos estudios con adolescentes y adultos, se ha descrito un efecto placebo mayor asociado a la niñez. Por lo tanto, permanece incomprensible el hecho de que los adolescentes difieran de los niños en la respuesta al tratamiento.

La diferenciación de la respuesta a la farmacoterapia para el TDAH por grupo de edad, implica una relevancia tanto clínica como científica. En el contexto científico, la variabilidad de la respuesta al tratamiento por grupo de edad, puede ayudar a tener un mayor entendimiento de la edad en la que cambia la respuesta al tratamiento y qué agrupación sintomática o qué características clínicas imprimen esta diferencia. Podría ser que los adolescentes con TDAH tuvieran un tipo más persistente del trastorno y así consiguieran ser menos susceptibles a responder al tratamiento médico, contrariamente a lo que se observa en los niños. Clínicamente, el hallazgo de una variabilidad en la respuesta al tratamiento con ATX, obligaría a los médicos a modificar el horario de dosificación y la selección de la sustancia, cuando se trate de este grupo de edad.

La controversia existente recae sobre los cambios en la respuesta y tolerabilidad de los medicamentos a lo largo de la vida. Aquí se documenta la información contrastando la eficacia y tolerabilidad de la ATX entre niños y adolescentes con el TDAH. Se re-analizó la información de la ATX obtenida a partir de seis estudios clínicos controlados vs. placebo en ambos grupos de edad (niños 6-11 y adolescentes 12-17 años de edad) para características clínicas, resultado terapéutico y sucesos adversos entre estos diferentes grupos etarios. Los autores opinan que al utilizar escalas para el TDAH basadas en el DSM-IV, se

obtendrá un grado y tiempo de respuesta similar en los adolescentes al de los obtenidos en la niñez. Además, se demostraría una mejoría significativa contra sujetos con TDAH quienes reciben placebo. Como un objetivo secundario, se lanzó la hipótesis de que la ATX tendría un perfil similar de efectos adversos en los dos grupos de edad.

Se analizaron los datos para niños de 6-11 años de edad (510 ATX, 341 placebo) y adolescentes de 12-17 años de edad (107 ATX, 69 placebo) con TDAH (DSM-IV). Las medidas de eficacia incluyeron niveles de respuesta, tiempos de respuesta y cambios promedio desde la línea basal a la final en la Escala de Severidad TDAH, la Escala de Severidad Conners para padres, y en la Impresión Clínica Global (ICG).

Los adolescentes, obtuvieron puntajes inferiores al de los de los niños en las líneas basales del TDAH. No hubo diferencias significativas en los síntomas del TDAH en general, en la respuesta al tratamiento, y en los tiempos de respuesta entre los dos grupos. Sólo los niños tuvieron más síntomas de somnolencia y cefalea en relación con el grupo placebo. No se encontraron otras diferencias significativas entre ambos grupos (en cuanto a efectos adversos, signos vitales, peso, talla, valores de laboratorio y de ECG).

El tratamiento agudo con ATX parece ser igual de efectivo y tolerado en niños y adolescentes. Estos resultados sugieren que las diferencias farmacológicas de tolerabilidad o de respuesta sintomática son insignificantes entre niños y adolescentes.

(Guillermo Jonguitud García)

Bibliografía

WILENS T E, KRATOCHVIL, C, NEWCOMB J H y cols.: Do children and adolescents with ADHD respond differently to atomoxetine? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45:149-157, 2006.

Evaluación dimensional de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo

■ El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es la cuarta causa más común de trastorno mental. Se estima que para el año 2020 se encontrará entre las diez primeras causas que lleven a vivir con discapacidad durante años debido a la enfermedad. Si bien se le considera como una entidad nosológica unitaria, sus síntomas obsesivo-compulsivos (SOC) son bastante heterogéneos. La heterogeneidad del fenotipo de estos pacientes, por lo tanto, oscurece los datos sobre su historia natural y los resultados de los estudios de neuroimagen y de ensayos clínicos, lo que complica la búsqueda de genes de vulnerabilidad. Por lo tanto, muchos investigadores han enfatizado la necesidad de identificar subgrupos homogéneos para así entender mejor su complejidad. Recientemente se ha introducido

la estrategia dimensional para su estudio. Hay publicados por lo menos 12 estudios de análisis factorial que identifican de manera consistente de 3 a 5 síntomas factoriales o dimensiones, que conforman 70% de la varianza. Estos factores son estables en el tiempo y se correlacionan con diversas variables genéticas, de neuroimagen y de respuesta a tratamiento. Los estudios genéticos han documentado que recurrir a un abordaje dimensional puede proveer una herramienta útil para detectar *loci* de susceptibilidad que puedan contribuir a las presentaciones heterogéneas del TOC. Al no existir escalas diseñadas para evaluar apropiadamente la severidad de los SOC de dimensiones específicas, los autores desarrollaron una versión dimensional de la escala de Yale-Brown para el TOC (DY-BOCS). Al dividir los síntomas por dimensiones, como lo proponen, y tomando en cuenta todos los SOC, postulan que se facilita la identificación de síntomas que son inherentemente ambiguos. Simultáneamente evalúan la frecuencia, sufrimiento e interferencia como estimadores de la severidad de la sintomatología, dentro de cada dimensión. Recientemente publicaron los resultados de un estudio multicéntrico y multinacional para poder determinar las propiedades psicométricas de la DY-BOCS.

Evaluaron a 137 pacientes de la consulta externa ente seis y 69 años de edad. Cincuenta y nueve eran menores de 18 años y 78 mayores de 18. Se reclutó a los pacientes en cuatro centros distintos. Todos recibieron diagnóstico de TOC de acuerdo con el DSM-IV. La escala DY-BOCS fue inicialmente desarrollada en la Universidad de Yale y después perfeccionada por un grupo de investigadores de varios países. Tomaron como base la escala de severidad obsesiva compulsiva de Yale Brown y el inventario para Gilles de la Tourette. Su diseño consiste en escalas semiestructuradas para evaluar la presencia y severidad de dimensiones de SOC, que incluye un instrumento autoaplicable y un instrumento que deberá utilizar un experto. La primera se compone de una lista de 88 reactivos que incluyen obsesiones de: (1) daño por agresión/lesión/violencia/desastres naturales y compulsiones relacionadas; (2) contenido sexual/moral/religioso; (3) simetría/percepciones de "exactitud" y compulsiones de contar y ordenar/arreglar; (4) contaminación y limpieza; (5) atesoramiento y (6) diversa índole que se relacionan con preocupaciones somáticas y supersticiones, entre otras. Así, se pueden investigar síntomas que son ambiguos (tales como los de verificación, rituales mentales, repetición y comportamientos de evitación) que pueden estar presentes en más de un dominio de síntomas. Además de la lista de síntomas, la DY-BOCS autoaplicable también incluye reactivos para hacerle preguntas al paciente sobre la severidad de los síntomas en cada una de las dimensiones y la presencia de comportamientos evitativos en cada dimensión. Además, se le pide a los evaluadores estimar la severidad global de SOC y su deterioro general, utilizando las mismas escalas. El puntaje total se obtiene al combinar la suma de los puntajes de severidad global para frecuencia, sufrimiento e interferencia y el puntaje del deterioro, lo que da un máximo de 30 puntos de severidad.

Se utilizaron la Y-BOCS y la Y-BOCS versión para niños para la medición de la validez convergente, así como distintas escalas para evaluar la validez divergente. Cada sujeto fue evaluado de manera independiente por dos entrevistadores que recibieron entrenamiento para la aplicación de la DY-BOCS; se aplicaron las escalas en orden aleatorio. La muestra pediátrica y la de adultos resultaron indistinguibles en cuanto a severidad, aunque los últimos tuvieron puntajes ligeramente mayores en la dimensión sexual y religiosa. La muestra pediátrica, como grupo, presentó una mayor frecuencia (no significativa) de síntomas en la dimensión de simetría. La edad de inicio de los síntomas fue de dos a 46 años, con una media de 10.5 años. Cuando se dividió la muestra en adultos y niños, ambos grupos mostraron una frecuencia similar de conductas evitativas y esto también ocurrió cuando cada dimensión se consideró de manera separada. La confiabilidad interevaluador fue excelente; el coeficiente de correlación intraclase fue >0.98 para cada componente del puntaje de la DY-BOCS. En cuanto al nivel de concordancia entre las medidas autoaplicables y las realizadas por los clínicos, ésta fue altamente significativa. La consistencia interna entre los dominios de tiempo, sufrimiento e interferencia para cada dimensión fue excelente. Las correlaciones resultaron positivas entre cada una de las dimensiones de la DY-BOCS y los puntajes totales de esta escala. La correlación entre el puntaje total de la DY-BOCS y el de la Y-BOCS fue excelente. También la correlación entre el puntaje de deterioro de la DY-BOCS y el puntaje total de la Y-BOCS fue elevada en ambas muestras (niños y adultos). En los adultos, la correlación entre el deterioro y las subescalas de obsesión y compulsión también fueron significativas. En promedio, la parte autoaplicable de la DY-BOCS tomó alrededor de 40 minutos para completarse.

El abordaje dimensional de los SOC puede tener un valor heurístico en estudios de genética, neurobiología, comorbilidad y respuesta al tratamiento. Se ha obtenido información pertinente en estudios de neuroimagen, donde parecería que cada dimensión de SOC refleja una alteración de sistemas neuronales complejos, que parcialmente se traslapan. Los resultados de este trabajo sugieren que la DY-BOCS es un instrumento válido y una herramienta confiable para evaluar las dimensiones de los SOC, tanto en niños como en adultos. Las dimensiones de SOC mostraron sólo modestas correlaciones con cada una, lo que sugiere que son independientes, y de los estimados de la severidad global. Sin embargo, la excepción fue la dimensión miscelánea, la cual se correlacionó con otras cuatro dimensiones en adultos y con dos en la población pediátrica. Tiene además una excelente validez de contenido. Cada dimensión evalúa la severidad tanto de obsesiones como de compulsiones temáticamente relacionadas. Esta escala no incluye reactivos acerca de resistencia o control como parte de la evaluación de la severidad de los SOC, ya que estudios previos sugieren que los reactivos de resistencia/control en la Y-BOCS no contribuyen a la medida de severidad. El uso de la DY-BOCS tiene mucho que ofrecer tanto en la práctica clínica

como en la investigación. El éxito en el refinamiento de la medida de los fenotipos obsesivo-compulsivos ayudará a clarificar el curso, la evolución y debe facilitar estudios de genética, neurobiología y respuesta al tratamiento.

(Mónica del Río Cabrero)

Bibliografía

ROSARIO-CAMPOS MC, MIGUEL, EC, QUATRANO S y cols.: The dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive dimensions. *Mol Psychiatry*, 11:495-504, 2006.

La distinción entre depresión mayor bipolar y unipolar

■ Es muy frecuente que los pacientes afectivos bipolares se confundan con los unipolares, sobre todo en las fases depresivas. Una de las causas de confusión es que muchos de los bipolares inician su enfermedad con un episodio depresivo y éste puede repetirse varias veces antes de dar lugar a un primer episodio maniaco. Además, la observación clínica de pacientes bipolares durante años muestra que la mayoría de sus episodios suelen ser depresivos y que los síntomas de manía no se señalan con la misma frecuencia. El considerar a los bipolares como depresivos unipolares durante mucho tiempo, conlleva al riesgo importante de someterlos exclusivamente a tratamientos antidepressivos. Como consecuencia su evolución es tórpida, responden mal a los manejos y tienden a la cronicidad. Se ha intentado describir las diferencias entre ambos tipos de enfermedades por medio del análisis factorial de los perfiles sintomáticos. Si bien estos estudios han mostrado que pueden existir ciertas diferencias, éstas no han sido del todo concluyentes. Una explicación de esta falta de consistencia es que en muchos de estos estudios, los sujetos deprimidos unipolares utilizados como comparativos han sido muy heterogéneos en cuanto a sus parámetros clínicos. Hay, por otra parte, varios intentos de utilizar instrumentos clínicos de tamizaje que permitirían encontrar diferencias entre ambos. Recientemente se publicó un estudio cuyo objetivo fue desarrollar y validar un instrumento de aplicación sencilla, para distinguir a los pacientes bipolares provenientes de una muestra de sujetos con un cuadro activo de depresión mayor.

El procedimiento consistió en analizar las características clínicas de un grupo de pacientes deprimidos que fueron seguidos durante un largo periodo de tiempo (más de 20 años), para determinar si los rasgos sintomáticos iniciales difirieron entre los sujetos que mantuvieron un diagnóstico estable tanto de unipolares como de bipolares. Se seleccionó a un total de 481 sujetos en los que a lo largo de los 20 años de seguimiento no se modificó el diagnóstico. De esta manera el grupo de estudio estuvo

compuesto por 52 sujetos con depresión bipolar tipo II, 91 con depresión bipolar tipo I y 338 con depresión unipolar. Se consignaron los datos del episodio depresivo al momento del estudio así como de los antecedentes de episodios previos; el diagnóstico se elaboró con los criterios del RDC. Se incluyó además la historia familiar de casos de trastornos afectivos y se hicieron evaluaciones periódicas de sus condiciones sintomáticas al menos cada 6 meses durante los primeros 5 años de seguimiento y posteriormente una vez al año. Para dichas evaluaciones se utilizó un instrumento estructurado para medir la evolución clínica de seguimiento en forma longitudinal. Las diferencias sintomáticas entre los unipolares y los bipolares se determinaron con la aplicación del instrumento denominado "Evaluación de tamizaje para la polaridad depresiva" (ETP-D), el cual fue desarrollado por los autores y toma en consideración los rasgos básicos y distintivos que pueden diferenciar a la depresión unipolar de la bipolar. Por medio de varios procedimientos estadísticos, seleccionaron a un subgrupo de 3 síntomas que en los estudios piloto mostraron la más alta concordancia utilizando los criterios del RDC como el estándar de oro. Se identificaron con este proceso los niveles de sensibilidad y especificidad del instrumento. El promedio (\pm DE) de años de seguimiento para el grupo completo fue de 12.4 ± 6.7 , mientras que la mediana fue de 16 años (rango de 0.1 a 20 años). Se compararon las características clínicas entre los unipolares y los bipolares I, lo cual arrojó las siguientes tres variables que distinguieron significativamente a unos de otros: número de episodios depresivos previos al ingreso al estudio, historia familiar positiva o negativa para trastornos afectivos y presencia o ausencia de delirios de cualquier tipo. Se calcularon las características operativas de la ETP-D para lograr un balance adecuado entre la sensibilidad y la especificidad y para generar un valor predictivo positivo tomando en consideración estas tres variables. En términos generales, los deprimidos bipolares ingresaron al estudio con un número significativamente mayor de síntomas psicóticos, tenían un mayor número de episodios previos, la edad de inicio fue menor, y presentaban con mayor frecuencia antecedentes familiares de trastornos afectivos. El instrumento identificó casos en el grupo de bipolares I con una sensibilidad de 0.82 y generó un valor predictivo positivo de 0.36. Los autores consideran que es indispensable que en todo paciente deprimido se efectúe una evaluación para detectar la posibilidad de que se trate de una enfermedad bipolar. La ETP-D puede considerarse como una forma sencilla de hacerlo por medio de la aplicación de este instrumento como medida de tamizaje. No obstante, reconocen que este trabajo no está exento de limitaciones. Por una parte hay que considerar que la muestra se reunió con aquellos sujetos que solicitaron atención en centros clínicos con afiliación académica. Esto genera un posible sesgo de selección, con lo cual los resultados no se pueden generalizar a otras poblaciones. Por otra parte, consideran que los resultados derivan del análisis de un grupo de características sociodemográficas y clínicas exclusivamente. Es factible que otros parámetros

como por ejemplo los de tipo biológico, puedan ser más específicos para hacer la distinción. No obstante, los resultados obtenidos generan información comparable con la de otros estudios en los que se ha dado seguimiento a lo largo del tiempo a pacientes unipolares que posteriormente desarrollaron episodios maníacos o hipomaniacos. Sugieren como conclusión que este tipo de instrumentos se utilice en la práctica clínica cotidiana.

(Claudia Becerra Palars)

Bibliografía

SOLOMON D A, LEON A C, MASER J D y cols.: Distinguishing bipolar major depression from unipolar major depression with the screening assessment of depression polarity (SAD-P). *J Clin Psychiatry*, 67:434-442, 2006.

El impacto de la menopausia en pacientes con diversos trastornos mentales

■ La menopausia es un acontecimiento significativo en la vida de casi todas las mujeres indistintamente de su nivel educativo, socioeconómico y cultural. Entre los síntomas físicos que genera, se incluyen los problemas vasomotores, la hiperhidrosis, la irregularidad menstrual y el insomnio. En cuanto a los síntomas mentales los más prevalentes son los cambios en el estado afectivo y la irritabilidad. Para las mujeres con diversos tipos de enfermedad mental, la menopausia puede asociarse a una exacerbación sintomática o a un empeoramiento global de la enfermedad subyacente. No obstante, la relación entre la menopausia y los trastornos mentales no es del todo clara. Los cambios en la actividad endocrina reproductiva tienen indudablemente efectos sobre las funciones del Sistema Nervioso. Está suficientemente comprobado que los estrógenos favorecen la síntesis de norepinefrina, incrementan los niveles de serotonina y dopamina, y también ejercen un efecto inhibitorio sobre la actividad de la enzima MAO. Varios trabajos sugieren que las mujeres con antecedentes de episodios depresivos previos, son más vulnerables a presentar un nuevo episodio durante esta fase del ciclo vital. Otros estudios aportan datos que señalan que durante la menopausia, las mujeres con esquizofrenia o con trastorno bipolar empeoran significativamente de sus condiciones clínicas. Un aspecto poco estudiado es el relativo al efecto que genera la expectativa sobre la menopausia en la enfermedad mental severa (EMS). Se supone que tanto el desconocimiento de la situación como el temor a sufrir los síntomas pueden ejercer un efecto negativo en su enfermedad. Por lo tanto, el dar información al respecto podría mejorar las condiciones de las mujeres con diversos tipos de EMS. Con el fin de evaluar el punto de vista de las mujeres con EMS sobre las expectativas y las preocupaciones relativas al periodo de la menopausia, se publicó un estudio de evaluación transversal sobre la percepción individual de los efectos de la menopausia en mujeres peri y postmenopáusicas que presentaron: 1) trastorno esquizofrénico/esquizoafectivo, 2) trastorno bipolar y 3) depresión mayor. Los tres grupos fueron comparados en cuanto al conocimiento que tenían acerca de la menopausia, y a sus expectativas sobre qué efectos les causaría la menopausia en la evolución de sus padecimientos y en su calidad de vida en general. Postularon como hipótesis que las

esquizofrénicas serían las menos informadas sobre la menopausia; que la menopausia sería un factor de preocupación para todas independientemente del tipo de enfermedad y que las mujeres deprimidas y bipolares presentarían más efectos negativos de la menopausia sobre su enfermedad, que las pacientes esquizofrénicas.

La muestra se obtuvo de pacientes hospitalizadas o externas, que acudían a recibir tratamiento psiquiátrico en varios centros de investigación en los Estados Unidos de Norteamérica, así como de pacientes de la consulta externa de varios servicios médicos en las mismas comunidades. Todas tenían entre 44 y 55 años de edad y su diagnóstico psiquiátrico fue corroborado con los criterios específicos del DSM-IV. Era necesario que la duración de su trastorno fuera mayor a dos años, y que se hubiese iniciado antes del periodo perimenopáusico. En cuanto a la condición menopáusica, era requisito que presentaran al menos dos síntomas de la constelación sintomática menopáusica durante los últimos 5 años. Sus evaluaciones se llevaron a cabo con la aplicación de una batería de instrumentos clínicos que medían severidad de síntomas psiquiátricos, presencia y severidad de síntomas menopáusicos y el nivel de la calidad de vida. Con los datos obtenidos hicieron un análisis estadístico descriptivo tanto con el total de las pacientes, como dividiéndolas de acuerdo al diagnóstico. Finalmente efectuaron análisis de correlación y de regresión para conocer la interrelación entre los aspectos menopáusicos y la EMS. Un total de 91 mujeres participaron en el estudio. Su edad promedio fue de 50.4 años y provenían de diversos orígenes étnicos. Se recabaron además el resto de datos sociodemográficos pertinentes. De la muestra, 46% eran perimenopáusicas y el 54% restante postmenopáusicas. También se recolectó la información sobre el tipo y dosis de los medicamentos recibidos. En relación al grado de conocimiento sobre la menopausia, las enfermas esquizofrénicas resultaron tener un grado significativamente menor que las bipolares y las depresivas. En la muestra global, la carencia o limitación del conocimiento se relacionó con el grado de educación escolar y con el hecho de provenir de un origen étnico de minoría, pero no se relacionó con el estatus marital o los antecedentes de abuso sexual previo. Aproximadamente las tres cuartas partes del total de la muestra con EMS, manifestaron presentar síntomas físicos de tipo menopáusico, mientras que una proporción menor (cerca de 60%) refirió presentar síntomas emocionales. Un poco más de la mitad (51.7%) reconoció tener preocupación sobre su salud al iniciar la etapa de la menopausia, o bien que dicha condición le había afectado de manera negativa en su estado emocional. Un porcentaje ligeramente mayor de esquizofrénicas (47%), refirió que la menopausia les generó mayor depresión en comparación con las deprimidas (44%) y las bipolares (44%), sin que esta diferencia alcanzara significancia estadística. En cuanto a los síntomas más auto reportados, éstos, en el total de la muestra, correspondieron a síntomas ansiosos y depresivos (88%). En relación con la calidad de vida relacionada con la menopausia, en todo el grupo la fuente mayor de malestar correspondió a los síntomas psicosociales y los menos frecuentes fueron los síntomas sexuales. No hubo ninguna asociación entre el grado de síntomas reportados y los diferentes grados de conocimiento sobre la menopausia.

Para los autores de este trabajo es claro que las mujeres con EMS perciben la menopausia como una condición de salud que les afecta de manera importante en su condición emocional y física. Al no encontrar diferencias significativas entre los grupos, consideran que el concepto sostenido por mucho tiempo, de que las esquizofrénicas sufrirían poco o ningún impacto de la menopausia sobre su enfermedad, no es en absoluto sustentable. Todas las mujeres del estudio presentaron una carencia de

información suficiente sobre la menopausia. La hipótesis de que las esquizofrénicas tendrían menor información no se corroboró con los resultados del estudio. Aproximadamente una tercera parte no sabía cuál era la edad habitual de inicio de esta fase del ciclo vital. Si bien consideran que una limitación de este trabajo es que careció de un grupo control de mujeres de edad similar pero sin EMS, lo justifican diciendo que los resultados de evaluaciones parecidas en estudios de comunidad encuentran datos también muy variables en estos aspectos. Sus datos confirman su segunda hipótesis: la menopausia es un tema de preocupación para la mayoría de las mujeres con EMS, independientemente del tipo de su enfermedad. Finalmente consideran que no hubo diferencias entre grupos en cuanto a las mediciones de calidad de vida. Como conclusión expresan que las mujeres con EMS perciben la menopausia como algo que afecta su calidad de vida y el desarrollo de su enfermedad. Esta ha sido un área poco estudiada y por lo tanto los resultados tienen un valor importante. Finalmente, el identificar la carencia de información que estas enfermas tienen sobre la menopausia, abre una alternativa de tratamiento adicional que podría mejorar sus condiciones clínicas en general y su pronóstico en particular.

(Gabriela Villarreal Valdez)

Bibliografía

SAJATOVIC M, HATTRES-FRIEDMAN S, SCHUERMEYER IM: Menopause knowledge and subjective experience among peri- and postmenopausal women with bipolar disorder, schizophrenia and major depression. *J Nerv Ment Dis*, 194:173-178, 2006.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Fundador
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

Departamento de Publicaciones:

Norma Vollrath, Mario Aranda Marqués, Laura de los Angeles

