



INSTITUTO NACIONAL
DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE

Información

Clínica

Volumen 17

Número 9

Septiembre 2006

Aspectos genéticos de la esquizofrenia

■ Ya se ha establecido con claridad que la susceptibilidad a padecer esquizofrenia es influenciada por factores genéticos. En los últimos años se ha logrado un avance importante en la identificación de alelos específicos que confieren un mayor riesgo para su desarrollo. Los estudios de asociación de genes candidatos, tanto posicionales como funcionales, han revelado la presencia de varios de ellos que se piensa pueden contribuir al desarrollo de la enfermedad. En un análisis de familias con esquizofrenia y translocación en el cromosoma Iq42, diversos grupos de investigadores en el campo detectaron la presencia de dos genes conocidos como disruptivos en esquizofrenia, y que se denominan por sus siglas en inglés DISC 1 y 2. Posteriormente, el DISC 1 se asoció a la esquizofrenia en individuos sin la translocación. Con el fin de conocer mejor el impacto de estos hallazgos, se llevó a cabo posteriormente un estudio que incluyó análisis genético, estudios de neuroimagen y pruebas cognitivas en un grupo de 252 sujetos con esquizofrenia, 311 hermanos y 238 controles. En primer término analizaron los polimorfismos de nucleótido único (SNP) y los haplotipos del DISC 1 para su posible asociación con la esquizofrenia. Las pruebas de asociación mostraron que un SNP que intervenía en una sustitución de serina (SER) por cisteína (CIS) en el codón 704 del DISC 1 tuvo una alta asociación con la enfermedad, aun después de corregir con múltiples comparaciones de diversos SNP del mismo gen. Posteriormente examinaron las estructuras hipocámpicas y la cognición entre los sujetos controles, utilizando pruebas cognitivas en las que los pacientes esquizofrénicos habían mostrado deficiencias. Comparados con los controles que tenían uno o dos alelos CIS, los controles con dos alelos SER mostraron en forma significativa un volumen menor de materia gris en el hipocampo y alteraciones de activación identificadas por resonancia magnética funcional durante las pruebas de reto con tareas de memoria. Estos resultados

umentan la evidencia en torno a que el gen DISC 1 incrementa la susceptibilidad a la esquizofrenia, ya que los efectos del alelo SER en el codón 704 sobre el volumen hipocámpico y el funcionamiento en estos sujetos control, concuerdan con los que se han documentado en pacientes esquizofrénicos. Aún falta conocer cuáles son las funciones de este gen que producen una mayor susceptibilidad al trastorno.

Otro artículo reciente de revisión sistemática, investigó la asociación del gen candidato neuroregulina 1 (NRG 1) con la esquizofrenia. Para ello limitó su análisis a los estudios que investigaron el papel del SNP más frecuentemente encontrado como relacionado con la

Contenido

Aspectos genéticos de la esquizofrenia	49
Salud física de pacientes en rehabilitación y recuperación: una recopilación de casos	50
Diferencias en la química cerebral de niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad con o sin trastorno bipolar comórbido	51
Prevención de los trastornos mentales y del comportamiento: implicaciones políticas, sanitarias y clínicas	51
¿Es útil la terapia cognitivo-conductual en la rehabilitación de personas con una discapacidad psiquiátrica?	53
Hábitos higiénicos para el dormir y el uso de la melatonina en niños y adolescentes con trastorno de déficit de la atención e insomnio inicial	53

enfermedad (SNP8NRG). Como información agregada, analizaron si los antecedentes étnicos de los sujetos, así como el tipo de estudio (con familiares o con sujetos control), modificaban el nivel de la asociación. En sus resultados muestran que no hubo evidencia de asociación entre el SNP mencionado y la esquizofrenia, lo cual persistió aun cuando los estudios con familiares se analizaron de manera independiente. Sin embargo, cuando los valores de P basados en el haplotipo fueron combinados, se encontró suficiente evidencia para asociar al NRG 1 con la esquizofrenia. Se concluyó que si bien estos resultados son alentadores, es indispensable confirmarlos con muestras mucho más grandes, además de que los análisis de asociación y replicación deben efectuarse al nivel del gen, más que del SNP, del haplotipo o de la variante funcional.

(Daniela Díaz Jaimes)

Bibliografía

CALLICOT JH, STRAUB RE, PEZAWAS L y cols.: Variation in DISC 1 affects hippocampal structure and function and increases risk for schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci USA*, 102: 8627-8732, 2005.

MUNAF0 MR, THISELTON DL, CLARK TG y cols.: Association of the NRG 1 gene and schizophrenia: a meta-analysis. *Mol Psychiatry*, 11: 539-546, 2006.

Salud física de pacientes en rehabilitación y recuperación: una recopilación de casos

■ La expectativa de vida de alguien con esquizofrenia es 20% menor que la del promedio de la población; hay, asimismo, clara evidencia de que el rango de mortalidad para los individuos con trastornos mentales es mayor en comparación con otras poblaciones. Con respecto a los esquizofrénicos, se sabe que tienen una dieta más pobre, que hay un mayor porcentaje de fumadores entre ellos, que muchos padecen sobrepeso u obesidad y presentan de manera global, un mayor riesgo de enfermedad coronaria. Existen diversas explicaciones para entender este fenómeno; entre ellas se incluye el papel de las condiciones socioeconómicas, los caminos de búsqueda de atención, la relación médico-paciente, la capacidad del médico de diagnosticar y tratar oportunamente, la adhesión al tratamiento y los estilos de vida (pobreza, desempleo, pobres redes sociales, explotación, educación limitada, falta de cuidado dental, falta de ejercicio físico, etc.).

El objetivo de este estudio fue mostrar los registros acerca de la salud física de los pacientes psiquiátricos en rehabilitación y recuperación. Para dicho fin, los autores revisaron las notas de 63 pacientes en rehabilitación y recuperación de la parte sur de Birmingham, de 1998 en adelante. Las variables registradas incluyeron: diag-

nóstico, tratamiento, tabaquismo, dieta, ejercicio, peso y comentarios acerca del peso, presión arterial, electrocardiograma, pruebas sanguíneas (biometría, urea, electrolitos, pruebas de función hepática, glicemia, lipemia, pruebas de función tiroidea, calcio, vitamina B12/folato, prolactina y cualquier otra prueba importante en los cinco años previos). La mayoría (n = 45; 71%) fueron hombres, la edad de la muestra fue de 22 a 71 años; los diagnósticos documentados fueron esquizofrenia (n = 42; 67%), trastorno esquizoafectivo (n = 9; 14%), trastorno depresivo mayor recurrente (n = 6; 10%), trastorno bipolar (n = 3; 5%), trastorno obsesivo compulsivo (n = 2; 3%) y trastorno de personalidad (n = 1; 2%). La mayoría (59%) eran tratados con antipsicóticos atípicos. Cinco de los pacientes de la muestra tenían diabetes, de los cuales 3 estaban con antipsicóticos típicos y 2 con atípicos. Catorce por ciento de esta muestra estuvo registrado como “fumadores”. Ningún paciente contó con registro del número de cigarrillos consumidos por día. Se encontraron doce grupos de notas (19%) con algún comentario acerca de la dieta del paciente, con palabras como “no saludable” (17%), y sólo una de ellas tenía sugerencia de “dieta saludable”. Diez (16%) pacientes contaban con un registro actualizado de peso. Cuatro pacientes fueron señalados como “obesos” y 3 con “sobrepeso”. En cuanto a la presión arterial, sólo 16 pacientes (24%) tuvieron registro de la misma en los últimos cinco años y 9 (14%) en el último año. Catorce (22%) pacientes se hicieron un electrocardiograma en los últimos cinco años y diez (16%) contaban con uno realizado en el último año. Diecisiete (27%) tenían una medición de perfil lipídico. La glicemia se encontró en 37 pacientes (59%) y la medición de prolactina sólo se realizó a 2 pacientes (3%) en los últimos 5 años. Para el resto de los parámetros de laboratorio, entre treinta y cuarenta pacientes contaban con registros previos de pruebas de laboratorio dentro de los cinco años anteriores a la revisión de los expedientes.

Los autores discuten los siguientes puntos: el monitorear la salud física de las personas con esquizofrenia ha sido puesto como un punto de interés en fechas recientes, con particular énfasis en los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares y endocrinas. Los resultados de este estudio indican que mucha de la información que actualmente comienza a proponerse en las guías de tratamiento como parte del seguimiento de rutina de esta población, no se registró en las notas de los expedientes. En conclusión, hoy en día no se cuenta con guías claras y específicas para el monitoreo físico y bioquímico de los pacientes con enfermedades mentales; sin embargo, la sugerencia de la autora es contar con una batería de estudios de rutina tras la admisión del paciente.

(Ingrid Vargas Huicochea)

Bibliografía

GREENING J: Physical health of patients in rehabilitation and recovery: a survey of case note records. *Psychiatric Bulletin*, 29: 210-212, 2005.

Diferencias en la química cerebral de niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad con o sin trastorno bipolar comórbido

■ La prevalencia del Trastorno Bipolar (TBP) a lo largo de la vida es de entre 1% y 3% y puede estar presente en niños y adolescentes. El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se ha documentado en 70% a 98% de los niños con el TBP. La capacidad de distinguir el TBP, el TDAH y el TDAH con comorbilidad del TBP es importante en función del manejo terapéutico por los requerimientos de diferentes estrategias en el tratamiento de cada una de estas entidades. La Espectroscopía por Resonancia Magnética (ERM) puede medir ciertos metabolitos cerebrales, que incluyen creatina y fosfocreatina (Cr), mioinositol (Ino) y glutamato-glutamina (Glx). La ERM ha mostrado una mayor proporción Ino-Cr en la corteza del cíngulo anterior y en la sustancia gris de la corteza frontal de niños con TBP comparados con sujetos sanos control. Por otro lado, la ERM ha mostrado una mayor proporción Glx-Cr en la corteza prefrontal y lóbulo frontal en niños con el TDAH comparados con sujetos sanos.

El objetivo fue investigar el metabolismo del fosfatidilinositol (Ino) y glutamato-glutamina (Glx) en la corteza del cíngulo anterior de niños y adolescentes con TDAH puro, niños con TDAH con TBP y niños sin diagnóstico en eje I. Algunos de los sujetos sanos eran hermanos de los niños con TDAH. Los hermanos fueron elegidos como un intento para distinguir las diferencias condicionales entre los tres grupos. Otros autores, por medio de la ERM, han medido diferencias de rasgo en la corteza prefrontal de niños genéticamente con riesgo de TBP. Con base en la bibliografía, se hipotetizó que una mayor proporción Ino-Cr estaría asociada con el TDAH + TBP; por lo tanto el radio Glx-Ino podría distinguir el TDAH del TDAH + TBP. Este estudio fue aprobado por el Consejo de Reconocimiento Institucional del Hospital General de Massachussets y del Hospital Mclean. Todos los padres-tutores y los niños dieron su consentimiento por escrito. Los sujetos fueron reclutados por un programa de investigación en psicofarmacología en dichas instituciones médicas. Quince niños con TDAH, ocho con TDAH +TBP y siete niños sanos control (cuatro de los cuales eran hermanos de los niños con TDAH). Los sujetos incluidos en el estudio eran de ambos sexos, de entre 6 y 17 años de edad, que cumplieran con los criterios diagnósticos del DSM-IV para TDAH (inatento, impulsivo/hiperactivo, mixto) o TDAH con TBP. A todos los sujetos se les aplicó el K-SADS y los sujetos control no cumplieron criterios para ningún diagnóstico en eje I. Ninguno de los

sujetos estudiados tenía discapacidad del aprendizaje. Siete de los niños con TDAH y todos los TDAH+TBP llenaron los criterios para el Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD), dos de los niños con TDAH+TBP los criterios para Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y uno para Trastorno de Conducta (TC). Tres niños con TDAH y dos con TDAH+TBP estaban siendo medicados al momento del estudio: 1.- anfetamina (4mg), bupropión (4mg) y sertralina (18mg); 2.- atomoxetina (<1mg); 3.- anfetamina (14mg); 4.- clonazepam (10mg) y 5.- sertralina (7mg). Se efectuaron análisis de varianza para evaluar la hipótesis. Un resultado de $p < 0.05$ fue considerado significativo.

Los niños con TDAH tuvieron una proporción significativamente mayor del Glx a Ino comparados con los niños con TDAH+TBP y los sujetos sanos. Los niños con TDAH+TBP tuvieron una proporción Ino-Cr ligeramente menor que los sujetos sanos. Este hallazgo resulta discrepante con lo documentado por otros autores, que señalaron que en los pacientes con TDAH+TBP mostraron proporciones Ino-Cr mayores que los controles. En dichos estudios se trataba de sujetos con TBP y TDAH comórbido. Los niños con TDAH +TBP son más resistentes al tratamiento con litio y AVP que los niños con solo TBP. Esto podría atribuirse, en parte, a las diferencias del metabolismo del Ino entre estos dos grupos. Los niños con TDAH en este estudio tuvieron proporciones Ino-Cr menores a los sujetos sanos. Estos resultados son concordantes con las observaciones clínicas. El litio y la carbamacepina son poco aconsejables para la población pediátrica con TDAH; ya que reducen el de por sí bajo nivel cerebral de Ino, provocando un empeoramiento de los síntomas.

(Guillermo Jonguitud García)

Bibliografía

MOORE CM, BIEDERMAN J, WOZNIAK J, y cols.: Differences in brain chemistry in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder with and without comorbid bipolar disorder: a proton magnetic resonance spectroscopy study. *Am J Psychiatry*, 163:316-318, 2006.

Prevención de los trastornos mentales y del comportamiento: implicaciones políticas, sanitarias y clínicas

■ El potencial y las posibilidades de prevención de los trastornos mentales y de la conducta han mostrado un incremento considerable durante los últimos años. Los autores de este artículo realizan una revisión breve del lugar que ocupa la prevención primaria en las estrategias globales de salud pública dirigidas a la enfermedad mental.

El concepto de prevención primaria engloba a tres tipos de intervenciones: universales, selectivas e indicadas. La finalidad de las primeras es identificar a la población que tenga un riesgo incrementado. Las selectivas se dirigen a los subgrupos de población con un mayor riesgo de padecer un trastorno mental, y las indicadas se aplican a personas de riesgo elevado con manifestaciones clínicas mínimas pero detectables, que advierten la aparición de un trastorno mental. La promoción de la salud mental procura fortalecerla mediante el incremento del bienestar psicológico. La prevención tiene como objetivo reducir los síntomas y bajar la incidencia de las enfermedades mentales. Los estudios sistemáticos de investigación en el área, tienen el objetivo de evitar la incertidumbre en las decisiones y las políticas sanitarias. La toma de decisiones debe basarse en la evidencia científica, ya que una decisión de gran magnitud genera impactos considerables, tal como ocurre en la selección de un nuevo programa de prevención. Así también es necesario estimar el valor de la evidencia científica en aspectos como la calidad, el valor de los resultados y el impacto real que tienen sobre el proceso de toma de decisiones. Otro aspecto radica en evaluar la calidad de la evidencia de los ensayos clínicos efectuados con asignación aleatoria y control (ECAC). A pesar que los ECAC son utilizados en las investigaciones sobre la prevención, muchos de los científicos expertos en este campo han expresado objeciones a este diseño. Esto se debe a que los ECAC están diseñados para evaluar las influencias de carácter causal en los individuos mediante la aplicación de intervenciones monocomponentes y en un contexto estrechamente controlado, y son apropiados para la evaluación en los ámbitos individual y familiar. En los ambientes comunitarios en los que se utilizan programas multicompetentes, el ECAC estricto no es del todo apropiado y para adaptarlo se deben efectuar procesos de asignación aleatoria a ámbitos de mayor tamaño. No obstante, existen otras alternativas como los estudios con diseño semiexperimental y las técnicas de equiparación, que permiten la comparación entre los grupos experimentales y de control. Se requiere un abordaje gradual, progresivo, así como el empleo de métodos adecuados para la toma de una decisión concreta.

Los factores de riesgo (FR) tales como las complicaciones perinatales, la baja autoestima, los desequilibrios neuroquímicos, los genéticos y las enfermedades médicas entre otros, se asocian con un incremento en la probabilidad de inicio de problemas importantes de salud. Los factores de protección (FP) como la autonomía, la capacidad de adaptación y de control de conflictos, entre otros, son los que modifican, alivian o alteran la respuesta de una persona frente a los diversos riesgos ambientales que predisponen a un resultado de desequilibrio. Es clara su asociación con el desarrollo de los trastornos mentales, sobre todo durante períodos de tiempo específicos a lo largo de la vida de las personas. El efecto acumulado de la presencia de múltiples FR, la inexistencia de FP y la interrelación entre ambos, es lo que predispone a los individuos de manera progresiva hacia el incremento de la vulnerabilidad de presentar un problema de salud mental.

Los principales determinantes socioeconómicos y ambientales de salud mental, son los relacionados con diversas cuestiones macroeconómicas, como la pobreza, la guerra, la injusticia y otros como la vivienda, los desplazamientos en masa y la discriminación racial. Las intervenciones preventivas deben abordarlos ya que pueden ser FR y FP específicos. Los cambios en la política, la legislación y la asignación de recursos pueden ofrecer a los distintos países y regiones una mejora sustancial en la salud mental de la población. Los autores resaltan como importantes la nutrición, la vivienda, la educación y la legislación y consideran la pobreza como común denominador. Al mejorar las condiciones de nutrición y desarrollo de los niños pertenecientes a grupos en desfavorable situación socioeconómica se facilita un desarrollo cognitivo saludable y se disminuye el riesgo de padecer enfermedades mentales. Los bajos índices de alfabetización y los bajos niveles de formación son problemas sociales importantes que afectan sobre todo a las mujeres. El impacto positivo sobre la salud mental es mediado a través de diversos mecanismos, como la adquisición de habilidades numéricas (que disminuye el riesgo de ser engañado), la mayor confianza en la expresión de los propios derechos y la reducción de las barreras para las oportunidades de acceso. Todos estos factores se han asociado a la protección.

En esta revisión los autores resaltan la importancia de diferentes programas de intervención temprana dirigidos hacia los padres, madres e hijos, en diferentes ambientes como el hogar, la escuela, como también en circunstancias distintas como la enfermedad, el divorcio y muerte de los padres. Con este tipo de intervenciones mediante diversos ECAC se han obtenido resultados prometedores. Por ejemplo, la aplicación de un programa cognitivo grupal demostró una disminución en los episodios depresivos nuevos y recurrentes. Los adolescentes cuyos padres están divorciados muestran mayores índices de fracaso escolar, embarazos no deseados y trastornos externalizados e internalizados. Los programas escolares eficaces dirigidos hacia los niños de padres divorciados han dado lugar a una disminución de los síntomas depresivos y de los problemas de comportamiento. Se señalan el estrés laboral y la falta de empleo como factores que pueden contribuir al detrimento de la salud mental y al incremento en la incidencia de depresión, ansiedad, síndrome de desgaste profesional, problemas relacionados con el alcohol, enfermedades vasculares y comportamientos suicidas. Es por ello que las intervenciones se pueden dirigir hacia el incremento de la capacidad de superación del trabajador o hacia la disminución de los factores estresantes del entorno laboral. En los ancianos el ejercicio físico, el fortalecimiento del apoyo social a través de la amistad, la educación de los que sufren enfermedades crónicas y de sus cuidadores, se consideran como acciones preventivas. Sin embargo, a pesar de que la depresión es frecuente en esta etapa, casi no se han efectuado estudios con control respecto a su prevención y consecuencias, entre éstas el suicidio.

Los psiquiatras, psicólogos, profesionales de enfermería psiquiátrica, asistentes sociales y otros profesionales con

formación específica en salud mental pueden y deben desempeñar diversos roles para conseguir que la prevención de la enfermedad mental y de los trastornos de la conducta sea una realidad. Estos roles se pueden resumir brevemente de la siguiente manera: deben intervenir como informadores de los responsables de las políticas públicas con la finalidad de crear estrategias de prevención; asesorar los aspectos técnicos y científicos, facilitar la inserción de nuevos programas en los ya existentes, y adoptar un rol activo en el inicio de los programas de prevención. Deben además afrontar el desafío de realizar nuevas investigaciones sobre prevención de los trastornos mentales para crear una base de evidencia más sólida, especialmente en los países de recursos medios y bajos. Por otra parte, han de establecer un contacto estrecho con las personas que sufren trastornos mentales y con sus familias, equilibrando su rol de profesionales sanitarios que atienden y tratan a sus pacientes, con el rol de prevención de las necesidades asistenciales futuras en las familias de éstos. Como concluyen los autores, la prevención de los trastornos mentales constituye una prioridad de salud pública. Sin embargo, son necesarios estudios adicionales para seguir ampliando el espectro de las intervenciones preventivas, con el objeto de mejorar su eficacia y rentabilidad económica en los distintos contextos.

(Josué Vásquez)

Bibliografía

SAXENA SE, LLOPIS JE, HOSMAN C: Prevención de los trastornos mentales y del comportamiento: implicaciones para la política sanitaria y la práctica clínica. *World Psychiatry*, 4: 5-14, 2006.

¿Es útil la terapia cognitivo-conductual en la rehabilitación de personas con una discapacidad psiquiátrica?

■ A pesar de los logros en cuanto a colocar a los pacientes en empleos competitivos, el mantenerlos ahí aún constituye un reto para la población con trastornos psiquiátricos debido a las situaciones propias de la enfermedad o a la falta de habilidades de los interesados para manejar el estrés laboral.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) vocacionalmente orientada, se centra en instruir a los participantes en técnicas para manejar sus propios pensamientos, sentimientos y comportamientos que estén asociados con su deseo de mantener un empleo. Hasta el momento del estudio, se tenían sólo dos artículos que documentaban las intervenciones psicológicas como útiles en la rehabilitación vocacional de las personas con trastornos psiquiátricos.

En este estudio los autores buscan explorar la utilidad de la TCC como método de rehabilitación vocacional para personas con trastornos psiquiátricos por medio de la observación de un programa de TCC vocacionalmente orientada en usuarios de los servicios públicos de salud mental en Sydney, Australia. La investigación de la muestra piloto se realizó usando un diseño pre-test y post-test. Se reclutó a 27 sujetos, usuarios todos ellos de los servicios públicos de salud mental en Sydney. El rango de edad de los participantes fue de 19 a 47 años y la mayoría eran hombres (n=18), nacidos en un país angloparlante (n=19), graduados del bachillerato (n=18) y con diagnóstico de esquizofrenia (n=19). La mayor parte (n=22) no se habían empleado en un período de tres meses previos a la intervención.

El programa de entrenamiento para el grupo de TCC vocacionalmente orientada se enfoca en asistir a los participantes para desarrollar estrategias que ayuden a replantearse atribuciones negativas acerca del trabajo, con la finalidad de manejar estrategias para obtener y mantener un empleo. El programa se impartió durante 8 semanas en sesiones de 2 horas cada una. Se emplearon el MCS (Mental Component Summary) para evaluar la percepción en el individuo de su estado general de salud. El RSES (Rosenberg Self-esteem Scale) que evalúa la auto-aceptación del individuo, el LOT (Life Orientation Test-Revised) que mide el nivel de optimismo, y el WIS (Work Involvement Scale) para evaluar el grado en que una persona se involucra en el trabajo. En el análisis se emplearon las pruebas U de Mann-Whitney y de Wilcoxon. Los pacientes fueron reclutados por el personal de los servicios públicos de salud mental. Los criterios de inclusión fueron: estar desempleados y buscando empleo, tener entre 18 y 45 años, ser angloparlantes, saber leer y escribir. Las entrevistas fueron aplicadas por post-graduados de psicología. Se les aplicó entrevistas pre y post-test.

De los 27 participantes, 15 completaron el programa. La prueba U de Mann-Whitney demostró que no hubo diferencias entre los que completaron el estudio y los que no lo hicieron, con respecto a las mediciones basales. Con respecto a la medición inicial, hubo un incremento significativo en el MCS [$z(13)=-2.062$, $p=0.04$], LOT [$z(12)=-1.976$, $p=0.05$] y WIS [$z(12)=-1.931$, $p=0.05$]; pero no en el RSES [$z(12)=-.719$, $p=.47$]. Los participantes que completaron el entrenamiento mostraron una mejoría en la salud mental general, en los niveles de optimismo y en las actitudes hacia el trabajo. Aún hace falta más investigación sobre la TCC vocacionalmente orientada; sin embargo, tal vez la combinación de esta intervención con programas específicos ya desarrollados de rehabilitación vocacional mejore aún más los resultados no sólo en cuanto a poder conseguir un empleo, sino en poder mantenerlo a largo plazo.

(Ingrid Vargas Huicochea)

Bibliografía

ROSE V, PERZ J: Is CBT useful in vocational rehabilitation for people with a psychiatric disability? *Psychiatr Rehabil J*, 29: 56-58, 2005.

Hábitos higiénicos para el dormir y el uso de la melatonina en niños y adolescentes con trastorno de déficit de la atención e insomnio inicial

■ Los problemas de insomnio son frecuentes en los niños y adolescentes con trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH). El padecer insomnio es un factor agregado de estrés que impacta las manifestaciones sintomáticas del trastorno. Es por lo tanto necesario que el clínico valore cuidadosamente este aspecto en los pacientes y busque soluciones adecuadas. En este estudio, los autores decidieron investigar la eficacia de una intervención conductual de higiene del sueño con el uso de melatonina en un grupo de pacientes diagnosticados con TDAH que presentarían insomnio inicial. Para tal fin siguieron el siguiente procedimiento metodológico: incluyeron a 27 sujetos de entre 6 y 14 años de edad, que tuvieran un diagnóstico corroborado de TDAH y que además presentarían datos de insomnio inicial. El criterio para definir este último parámetro fue que los pacientes tardaran más de 60 minutos cada noche para poder conciliar el sueño. Todos los sujetos incluidos recibían tratamiento farmacológico con estimulantes para el manejo del TDAH. La primera maniobra terapéutica que utilizaron fue la administración de técnicas de higiene del sueño. Estas consistían en una serie de recomendaciones a los niños, tales como ir a la cama en un horario razonable, no ingerir alimentos en momentos cercanos al dormir, no ver televisión en la cama, etc. Una vez finalizada esta intervención inicial, descartaron a los sujetos que mejoraron su problema de insomnio, mientras que los que no respondieron pasaron a la siguiente fase del estudio.

En la segunda fase, los no respondedores a las técnicas de higiene del sueño fueron asignados aleatoriamente a recibir melatonina en una dosis de 5 mg por día, o bien placebo, con una metodología de doble-ciego. La duración de esta fase fue de 30 días consecutivos y el procedimiento siguió un diseño de entrecruzamiento de la maniobra farmacológica, por medio de la cual, después de 30 días de tratamiento los que recibieron melatonina fueron cambiados a placebo y viceversa.

Se encontraron los siguientes resultados: las técnicas de higiene del sueño generaron una reducción del insomnio inicial por debajo de 60 minutos en 5 casos, lo cual tuvo un grado del efecto para la muestra total, de 0.67. Al analizar comparativamente el efecto de la melatonina contra el placebo, los datos mostraron que quienes recibieron

melatonina mostraron una reducción en promedio de 16 minutos, en relación al placebo, en el tiempo total para conciliar el sueño; esto correspondió a un tamaño del efecto de 0.6. Los efectos colaterales secundarios al uso de la melatonina fueron moderados y en términos generales no difirieron significativamente de los generados por el placebo. El alcance del efecto para la combinación melatonina-técnicas de higiene del sueño comparando las condiciones basales con las condiciones después de 90 días de tratamiento fue de 1.7, con un decremento de más de 60 minutos en relación a las condiciones basales. Los investigadores añaden que la mejoría del insomnio no demostró ningún efecto favorable adicional a las condiciones del TDAH. Las conclusiones de este estudio son que el uso de la melatonina en combinación con técnicas de higiene del sueño en niños y adolescentes con TDAH e insomnio inicial, puede ser una alternativa eficaz y segura.

(Gabriela Villarreal Valdez)

Bibliografía

WEISS MD, WASDELL MB, BOMBEN MM y cols. Sleep hygiene and melatonin treatment for children and adolescents with ADHD and initial insomnia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45: 512-519, 2006.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Fundador
Dr. Ramón de la Fuente.

Editor de la publicación
Dr. Gerhard 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, Elizabeth Cisneros

