



INSTITUTO NACIONAL
DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE

Información

Clínica

Volumen 18

Número 10

Octubre 2007

Impacto del trastorno bipolar sobre la funcionalidad del paciente

■ Uno de los aspectos que hoy en día ocupan el foco de interés sobre el trastorno bipolar (TBP), es el concerniente a la funcionalidad, es decir, a la mejoría clínica que requiere verse reflejada en el ámbito familiar, laboral y social del individuo afectado. Contrariamente a lo que se suponía, actualmente se reconoce que 50% de los individuos que experimentan un episodio de manía presentarán un nuevo episodio en un lapso de 12 meses y que en un seguimiento a 5 años al menos 80% de ellos nuevamente cursarán síntomas afectivos clínicamente significativos. Además, hay evidencia que demuestra que en un seguimiento a 12 años, los sujetos con TBP se mantienen sintomáticos prácticamente la mitad del tiempo, especialmente con síntomas depresivos subclínicos. Si lo anterior no pareciera relevante, de igual manera la incipiente investigación en materia social del TBP, expone que las fallas sociales en los pacientes bipolares son similares en tipo y en gravedad a aquellas que se observan en los enfermos esquizofrénicos; esto se ve reforzado por el dato de que entre 30 y 60% de los sujetos con TBP presentan dificultades en el ajuste social y ocupacional, tengan o no síntomas interepisódicos. Diversas variables, incluyendo ciertos aspectos demográficos o clínicos, así como la falta de un soporte social adecuado parecen predecir un pobre funcionamiento en enfermos con TBP. En esta ocasión comentamos dos artículos que se ocupan del abordaje del impacto social de la bipolaridad desde dos perspectivas distintas.

En el primero de estos artículos se pretende tener una medida específica de calidad de vida para la población bipolar a través de un abordaje cualitativo. Para ello, se condujeron 52 entrevistas a profundidad con individuos diagnosticados con TBP (n=35), sus cuidadores (n=5) y profesionales de la salud (n=12). El objetivo principal de estas entrevistas buscó generar los puntos para la escala de Calidad de Vida, por lo que la pregunta inicial para los pacientes fue: “¿Qué necesita usted para tener una buena calidad de vida?” A los cuidadores y a los prestadores de salud se les pidió que describieran la forma en que perci-

bían cómo el TBP había afectado la calidad de vida de los pacientes a su cargo. Luego se recabaron las respuestas de los participantes en cuanto a su percepción sobre la forma en que los síntomas depresivos o de hipomanía afectaban la calidad de vida (especialmente enfocada al desempeño laboral). De esta forma, de los datos obtenidos surgieron cinco temas principales: falta de continuidad en la historia laboral, pérdidas, estrategias deficientes del manejo de la enfermedad en el área laboral, estigma y problemas interpersonales en el trabajo.

El segundo artículo se trata de un análisis cuantitativo que explora los determinantes de la calidad y cantidad de actividad social en general. Los autores evaluaron una muestra de 77 sujetos con TBP, quienes completaron un auto-reporte y otros cuestionarios (aplicados por personal de salud) para obtener los factores demográficos y clínicos, al igual que el funcionamiento social y la información sobre su personalidad. Se encontró que la calidad del funcionamiento y el espectro de actividad eran independientes, y que los mejores determinantes de la calidad del funcionamiento fueron el neuroticismo como rasgo de

Contenido

Impacto del trastorno bipolar sobre la funcionalidad del paciente	55
Los eventos de la vida y el impacto genético en el desarrollo de la depresión	56
Los antidepresivos y el fenómeno de supresión	57
Un factor de riesgo genético para el movimiento periódico de las extremidades en el sueño	57
Anormalidades de la sustancia blanca en el trastorno bipolar y obsesivo compulsivo	58
Atomoxetina versus metilfenidato para el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños	59
La identificación de factores para predecir remisión sintomática en la esquizofrenia	60

personalidad así como el nivel actual de los síntomas depresivos. Se observó que sólo 30% de los sujetos estaban activos en el total de los diferentes dominios sociales y que la cantidad de actividad social era explicada en gran parte por las circunstancias sociales como el vivir acopañada y un inicio más tardío del trastorno.

Históricamente, los clínicos nos hemos enfocado a verificar la eficacia de los tratamientos instaurados en cuanto a la eliminación de los cuadros sintomáticos, lo cual tiene sentido cuando sabemos que la sintomatología interepisódica (sobre todo los síntomas depresivos) tienen un efecto negativo sobre la evolución no sólo clínica sino funcional del paciente. Sin embargo, vemos que no sólo se debe evaluar cuánto mejora el enfermo sino cómo está funcionando, y para ello habrá que tomar en cuenta otros factores influyentes como son los aspectos de personalidad. Así también, una de las medidas para conocer el grado y calidad del funcionamiento del individuo es su desempeño en el ámbito laboral, y al explorarlo a profundidad es probable que nos encontremos con hallazgos como los del primer artículo en el que se pone en evidencia que el paciente está laborando, aunque la calidad de su desempeño puede no ser la más adecuada, por lo que las fallas en esa funcionalidad tarde o temprano se harán evidentes.

Ambos artículos recalcan la necesidad tanto de contar con más estudios que ahonden en el aspecto social de la bipolaridad, como de intervenir psicosocialmente para mejorar aspectos propios del individuo que puedan afectar su evolución y calidad de vida con el fin de ofrecerle estrategias para tener una mejor, más duradera y productiva vida laboral.

(Ingrid Vargas Huicochea)

Bibliografía

MICHALAK EE, YATHAM LN, MAXWELL V, HALE S, LAM RW: The impact of bipolar disorder upon work functioning: A qualitative analysis. *Bipolar Disord* 9: 126-143, 2007.
POPE M, DUDLEY R, SCOTT J: Determinants of social functioning in bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 9: 38-44, 2007.

Los eventos de la vida y el impacto genético en el desarrollo de la depresión

■ Si bien las causas de la depresión no han sido totalmente identificadas, los investigadores en este campo consideran que en el inicio del padecimiento existe una interacción clara entre factores genéticos y ambientales. Uno de los factores ambientales de riesgo que más se ha relacionado con el inicio de la depresión es la exposición a eventos amenazantes para la vida (EAV). Por otra parte, desde el punto de vista genético el factor más estudiado ha sido el gen que codifica a la molécula transportadora

de serotonina (5HTTLPR). Este gen, que juega un papel importante en la comunicación interneural, se ha considerado de acuerdo a los hallazgos de otros trabajos como un factor de predisposición genética a la depresión. Un grupo de investigadores de la Universidad de Granada, en España, publicó recientemente un trabajo que confirma la relación entre el alelo corto (s) del 5HTTLPR y la exposición a EAV en el inicio del trastorno depresivo. El trabajo de investigación consistió en un estudio genético de casos y controles en el que, por medio de una cohorte prospectiva, se evaluaron los factores de predicción del desarrollo ulterior de depresión en una muestra de sujetos adultos de un servicio médico de atención primaria. Un total de 737 sujetos con un rango de edad entre 18 y 75 años participaron en el proyecto; a todos se les efectuó el genotipificado para el factor genético en estudio, se obtuvieron sus datos clínicos y sociodemográficos así como los antecedentes heredo-familiares de relevancia. En toda la muestra se estableció la presencia o ausencia de un EAV en el curso de los seis meses previos. El diagnóstico de depresión se determinó con la aplicación de una entrevista clínica estructurada (CIDI).

Entre los resultados más importantes, los autores encontraron que tanto la presencia del genotipo s/s como la exposición progresiva a EAV, se asociaron de manera significativa al desarrollo de la depresión. Se encontró claramente que el genotipo s/s del 5HTTLPR modificó de manera significativa el riesgo conferido por los EAV para el desarrollo ulterior de la depresión. De esta forma, los sujetos homocigotos s/s requirieron una mínima exposición a los EAV (sólo un evento) para desarrollar el cuadro afectivo, mientras que los s/l y los l/l requirieron de exposición a un número mayor de EAV (dos o más eventos) para lograr un nivel de riesgo similar. La interacción fue más definitiva cuando se incluyeron sólo los casos de depresión severa y cuando se hicieron los ajustes necesarios para eliminar el impacto de la edad, el sexo y la historia familiar de depresión.

La consecuencia más importante de la investigación entre los factores genéticos y ambientales es que, en un futuro, los científicos serán capaces de anticipar la respuesta a los tratamientos antidepresivos de acuerdo al genotipo individual de cada paciente y a su exposición a los EAV. Por otra parte, la relevancia de este trabajo radica en que además de que reproduce los resultados de estudios previos, su muestra es más representativa ya que se obtuvo de la población general y no de sujetos estrictamente seleccionados y provenientes de centros especializados de investigación.

(Margarita Horta Carrillo)

Bibliografía

CERVILLA JA, MOLINA E, RIVERAM: The risk for depression conferred by stressful life events is modified by variation at the serotonin transporter 5HTTLPR genotype: evidence from the Spanish PREDICT-Gen cohort. *Mol Psychiat*, 12: 748-755, 2007.

Los antidepresivos y el fenómeno de supresión

■ De acuerdo a la revisión elaborada por el doctor Malcolm Lader, de Inglaterra, la depresión es el problema más frecuente y más costoso para la medicina en el ámbito de trabajo de la atención primaria de la salud. Es en este nivel de servicios médicos en donde se atiende y se da tratamiento a la mayor parte de los enfermos con este trastorno. Todavía es frecuente encontrar que en muchos países se considere a los antidepresivos como medicamentos potencialmente adictivos, debido a que si se detiene su consumo abruptamente causan síntomas de abstinencia farmacológica. Este “síndrome de supresión” es efectivamente verdadero y se presenta si se suspende sin reducir lentamente la dosis de toda clase de antidepresivos incluyendo los inhibidores selectivos de recaptura de la serotonina (ISRS). Este problema ha cobrado importancia debido a que estos fármacos se utilizan con mucha frecuencia en la actualidad para el manejo de los síndromes depresivos y de muchos trastornos de ansiedad.

La pregunta que aún no se ha respondido debidamente, es si este fenómeno es realmente una supresión o bien se trata de un efecto de rebote sintomático. El cuadro clínico que aparece con la suspensión de antidepresivos se caracteriza por la emergencia de una serie de signos y síntomas nuevos, claramente definidos y cuantificables. Se presenta en un periodo específico de tiempo (horas o días después de la suspensión para desaparecer posteriormente) y tiene una relación directa con la eliminación del medicamento o la reducción de su dosis. En este sentido reúne entonces los criterios suficientes para considerarlo un síndrome de supresión.

En muchas ocasiones los síntomas no son muy graves y pueden ser tolerados por el paciente. Por otra parte, los distintos ISRS difieren en cuanto a la propensión para causarlos. Se considera que la paroxetina es el ISRS que más se asocia al desarrollo de un síndrome de supresión.

Es recomendable que se advierta a los pacientes sobre la posibilidad de que este fenómeno pueda suceder, al mismo tiempo que se les asegure que por lo general es un cuadro de gravedad moderada que desaparece con el transcurso de los días posteriores a la eliminación del medicamento. La forma más adecuada de evitar que se presente el síndrome de supresión consiste en la reducción paulatina de la dosis de manera progresiva y lenta. El uso inadecuado o el abuso de antidepresivos es un fenómeno que no se presenta bajo ninguna circunstancia, por lo que esto afianza la seguridad de no considerarlos como medicamentos de abuso.

Para el autor, el uso de los antidepresivos es benéfico por lo que se deberá seguir investigando sobre los mismos para el desarrollo de nuevos y mejores fármacos que atiendan adecuadamente estas enfermedades.

Finalmente el artículo aconseja instruir tanto a los médicos no especialistas como al público en general sobre la existencia del fenómeno de supresión asociado a los anti-

depresivos para evitar crear temores o expectativas infundadas sobre éstos, limitar su uso y que de esta forma afecten negativamente la identificación y el tratamiento oportuno de los trastornos depresivos.

(Gabriela Villarreal Valdés)

Bibliografía

LADER M: Pharmacotherapy of mood disorders and treatment discontinuation. *Drugs*, 67:1657-1663, 2007.

Un factor de riesgo genético para el movimiento periódico de las extremidades en el sueño

■ El síndrome de piernas inquietas (SPI) es un trastorno neurológico común clínicamente manifestado por un deseo urgente de mover las piernas o brazos, asociado a sensaciones molestas durante la inactividad o el reposo; es de predominio vespertino o nocturno lo cual con frecuencia retrasa el inicio del sueño. El componente motor del SPI, es decir el movimiento periódico de las extremidades, está reconocido como parte del espectro fenotípico de la enfermedad, está presente en la mayoría de los pacientes con SPI, puede preceder a la alteración sensorial y es más común en los familiares asintomáticos de pacientes con SPI que en la población general.

Aunque una tercera parte de los pacientes están afectados antes de los 20 años de edad, la presentación clínica típicamente ocurre entre la cuarta y sexta década de la vida. A pesar de la alta prevalencia del SPI en los Estados Unidos de Norte América y en Europa (5-15%), así como del impacto negativo en la calidad de vida, su patogénesis es desconocida. Hace 47 años Ekbom reportó que 25% de las personas con SPI tenían niveles séricos de hierro disminuidos y que 24% de personas con anemia por deficiencia de hierro tenían SPI. Asimismo, se ha documentado un componente genético pero existe disparidad en los reportes de prevalencia de acuerdo a diferentes grupos étnicos.

Los autores de este estudio se propusieron investigar las variantes genéticas que contribuyen al SPI para lo cual seleccionaron 965 sujetos de Islandia: 451 personas respondieron a un anuncio en el periódico donde se describían los signos y síntomas del SPI; una vez obtenido sus datos se contactaron además a 514 familiares de primer grado. Se les aplicó el cuestionario de SPI (de acuerdo al International Restless Legs Syndrome Study Group Rating Scale) el cual pregunta sobre la presencia y gravedad de los síntomas, las características clínicas y condiciones coexistentes. El diagnóstico se corroboró si los síntomas estaban presentes al menos de dos a cuatro veces por mes.

Así también, se obtuvo una muestra de sangre venosa de todos los sujetos para genotipificación y mediciones de hierro sérico, a partir del índice de ferritina. La detección del movimiento periódico de las extremidades se realizó por medio de actigrafía durante cinco noches; de este modo si los sujetos tenían más de cinco movimientos por hora, por al menos una noche mientras permanecían recostados durante su período de mayor descanso (incluyendo el sueño) se clasificaron como movimientos periódicos de las extremidades en el sueño. Los controles se eligieron de las personas que habían participado en otros estudios genéticos (deCODE Genetics). El estudio se reprodujo en los Estados Unidos con una muestra que fue seleccionada a través del Programa en Sueño de la Universidad de Emory, Atlanta. Para este grupo el diagnóstico se corroboró por medio del juicio clínico de un especialista.

Se realizó un análisis de asociación con 306,937 marcadores de polimorfismos de un solo nucleótido (SNP por sus siglas en inglés, Single Nucleotide Polymorphism) en 306 casos y 15,664 controles de Islandia; los resultados obtenidos se sometieron a corrección de Bonferroni.

Se encontró que dos marcadores del gen BTBD9 en el cromosoma 6p21.2 mostraron asociación significativa con el movimiento periódico de las extremidades en el sueño: rs3923809 (alelo A, odds ratio, 1.8; $P=2 \times 10^{-9}$) y rs6923737 (alelo B, odds ratio, 1.7; $P=1 \times 10^{-7}$). Después del ajuste se encontró significancia estadística únicamente para el primer marcador. Para validar estos resultados, los autores analizaron una segunda muestra de Islandia de 123 sujetos con SPI y movimiento periódico de las extremidades durante el sueño y 1233 controles. Los resultados de la segunda muestra reprodujeron los resultados originales para rs3923809 (odds ratio 1.8; $P=4 \times 10^{-4}$). Extendiendo aún más los esfuerzos para reproducir los resultados, se analizó una tercera muestra de 188 sujetos con SPI y movimientos periódicos de las extremidades y 662 controles de los EU, confirmando los resultados iniciales para rs3923809 (odds ratio, 1.5; $P=3 \times 10^{-14}$). Para las tres muestras combinadas, se utilizó el modelo de Mantel-Haenszel, encontrando que la asociación entre el alelo A de rs3923809 y SPI con movimiento periódico de las extremidades en el sueño fue altamente significativa (odds ratio, 1.7; $P=3 \times 10^{-14}$). Entre los 105 sujetos que tenían movimientos periódicos de las extremidades en el sueño y que no reunían los criterios de SIP, hubo una asociación con el alelo A del marcador rs3923809 (odds ratio, 2.3; $P=2 \times 10^{-6}$), pero no fue así en los sujetos con SPI sin movimientos periódicos de las extremidades en el sueño. Con estos resultados los autores sugieren la existencia de un determinante genético del movimiento periódico de las extremidades en el sueño. Con los datos combinados de todos los sujetos de Islandia que tenían movimientos periódicos de las extremidades en el sueño (con o sin SPI) la fortaleza de la asociación fue mayor que para el grupo que sólo presentaba SPI con movimiento periódico de las extremidades en el sueño. Con esta variante, el riesgo atribuible de SPI con MPE fue aproximadamente de 50%. Los niveles de ferritina disminuyeron en un 13% por alelo (variante de riesgo, 95% intervalo de confianza, 5 a 20; $P=0.002$).

Este estudio proporciona evidencia de que el movimiento periódico de las extremidades durante el sueño es un síndrome genuino con un fenotipo comprobable y un componente genético. De hecho, este estudio ayuda a entender la manera en la que las condiciones médicas comunes podrían llegar a ser definidas en el área genómica.

El descubrimiento de estas variantes en las secuencias genéticas que están asociadas con la susceptibilidad al movimiento periódico de las extremidades, puede llevar a nuevos abordajes para prevenir o aliviar los síntomas asociados con esta condición.

(Patricia Zavaleta Ramírez)

Bibliografía

STEFNSSON H, RYE DB, HICKS A, PETRSSON H, y cols.: A Genetic Risk Factor for Periodic Limb Movements in Sleep. *N Engl J Med*, 357:639-647, 2007.

Anormalidades de la sustancia blanca en el trastorno bipolar y obsesivo compulsivo

■ Los procedimientos de neuroimagen para el estudio de la psicopatología han desarrollado nuevas técnicas que permiten identificar alteraciones estructurales y funcionales en diversos padecimientos, como es el caso de la técnica de imágenes por tensor de difusión (TD) obtenida por medio de la resonancia magnética. Dos estudios recientemente publicados muestran datos interesantes en relación con anomalías de la sustancia blanca en pacientes con trastorno bipolar (TB) y con trastorno obsesivo compulsivo (TOC).

El primero de estos trabajos se propuso como objetivo evaluar la integridad de los tractos de la sustancia blanca por medio del procedimiento de TD en pacientes con TB tipo I ($n = 11$) y un grupo comparativo de sujetos sanos ($n = 10$). Los autores justifican su estudio debido a que las anomalías en la sustancia blanca son algunas de las alteraciones más frecuentemente demostradas en este padecimiento. Las imágenes por TD se obtuvieron en un equipo de resonancia de 1.5 Tesla. La anisotropía funcional (AF) y el grado de difusión se determinaron a partir de imágenes axiales utilizando un análisis de las imágenes de las regiones de interés (RI). Estas RI se colocaron manualmente en la línea media y proyecciones anteriores de la región genual y de la región del esplenio del cuerpo calloso. Sus resultados mostraron que los pacientes con TB tuvieron significativamente una mayor elevación de la AF en la línea media genual en comparación con los controles. Se observaron diferencias en la sustancia blanca regional, con una reducción significativa de la AF en la zona genual y sus

proyecciones anteriores en ambos grupos, y una AF menor en la región genual en comparación con la del esplenio en los sujetos sanos. Concluyen que las imágenes por TD muestran diferencias microestructurales en la región genual de los pacientes con TB, identificadas por una elevación de la AF. Estos hallazgos, si bien son preliminares, apoyan la hipótesis de que en el TB existen alteraciones estructurales y funcionales de la región frontal.

El objetivo del segundo estudio fue investigar las anomalías de la sustancia blanca en un grupo de sujetos con TOC utilizando la misma técnica de TD. De manera particular, se hicieron comparaciones entre los pacientes (n = 13) obteniendo imágenes antes y después del tratamiento farmacológico, además de un grupo comparativo de sujetos sanos de edades y distribución por género similares (n = 13). El grupo de sujetos con TOC recibió tratamiento con citalopram y la evaluación postratamiento se efectuó 12 semanas después de haberse iniciado el consumo del fármaco. Al compararlos con los controles, los sujetos con TOC mostraron incrementos importantes de AF en el cuerpo caloso, la cápsula interna y en la sustancia blanca del área dorso lateral del caudado derecho. Después de 12 semanas de tratamiento ya no se observaron estos incrementos y las imágenes resultaron muy similares a las de los sujetos sanos. Para los autores del trabajo, dichos hallazgos sugieren que las alteraciones en la sustancia blanca están asociadas a la condición psicopatológica del TOC y que las anomalías observadas pueden ser parcialmente revertidas con un tratamiento efectivo.

(Francisco Romo Nava)

Bibliografía

YURGELEUN-TODD DA, SILVERI MM, GRUBER SA y cols.: White matter abnormalities observed in bipolar disorder: A diffusion tensor imaging study. *Bipolar Disord*, 9: 504-512, 2007.

YOO SY, JANG JH, SHIN YW y cols.: White matter abnormalities in drug-naïve patients with obsessive-compulsive disorder: A diffusion tensor study before and after citalopram treatment. *Acta Psychiatr Scand*, 116 (3): 211-219, 2007.

Atomoxetina versus metilfenidato para el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños

■ Este ensayo clínico controlado con procedimiento doble ciego, se diseñó y se llevó a cabo con los siguientes objetivos: 1) comparar la eficacia de la atomoxetina (ATM) con la del metilfenidato (MDF) para el tratamiento del trastorno por déficit de la atención con hiperactividad (TDAH) en población infantil y 2) determinar la tolerancia de ambos

compuestos. Para cumplir estos objetivos se seleccionó una muestra amplia de sujetos entre 6 y 16 años de edad, tratados en consulta externa, con el diagnóstico de TDAH de acuerdo a criterios del DSM-IV. Se contó con la participación de tres centros de investigación en China, Corea y México, en donde a los pacientes se les asignó, de manera aleatoria, recibir ATM (n = 164) en una toma al día y en un rango de dosis entre 0.8 y 1.8 mg por kilogramo de peso, o bien MFD (n = 166) dividido en dos tomas al día y en un rango de dosis entre 0.2 y 0.6 mg por kilogramo de peso. La duración del estudio fue de ocho semanas y la evaluación primaria de eficacia consistió en comparar las tasas de respuesta entre los grupos, para lo cual se consideró respuesta una reducción \geq al 40% entre la evaluación basal y el final del estudio, en la Escala de Déficit de Atención con Hiperactividad IV, de acuerdo a la versión de los padres y la versión de los clínicos. La determinación de la tolerancia a los medicamentos se efectuó por medio de la cuantificación de los tratamientos de eventos adversos emergentes relacionados a los fármacos y las modificaciones en el peso corporal.

Al final del estudio se presentaron los siguientes resultados: la ATM no fue inferior al MFD en cuanto a su capacidad para reducir los síntomas del TDAH, de acuerdo a las tasas de respuesta. De los pacientes que recibieron ATM, 77.4% alcanzó el nivel de respuestas, mientras que el mismo parámetro de eficacia lo obtuvo 81.5% de los niños tratados con MFD (p = 0.404). La presencia de efectos colaterales generados por los medicamentos fue mayor en el grupo que recibió ATM en comparación con el que recibió MFD. Los principales efectos registrados fueron los siguientes (ATM vs MFD): Anorexia (37.2% vs 25.3%; p = 0.024), náusea (20.1% vs 10.2%; p = 0.014), somnolencia (26.2% vs 3.6%; p < 0.001), mareo (15.2% vs 7.2%; p = 0.024) y vómito (11.6% vs 3.6%; p = 0.007). No obstante, la mayoría de los efectos fueron de gravedad moderada. Los niños que recibieron ATM mostraron una leve pero significativa reducción en el peso corporal que fue mayor a la registrada entre los que recibieron MFD, según la comparación de las cifras de inicio con las del final del estudio (-1.2 kg vs -0.4 kg; p < 0.001).

Los resultados de este estudio sugieren que la ATM tiene una eficacia similar a la del MFD para el tratamiento de los síntomas del TDAH en una muestra de niños tratados por especialistas en el ámbito de la consulta externa. Si bien ambos fármacos fueron bien tolerados y no hubo que suspender algún tratamiento por efectos colaterales severos, la ATM presentó una incidencia mayor que el MFD de estos efectos de nivel moderado. Este trabajo, que incluyó a una muestra de niños mexicanos, agrega información relevante para tratar este frecuente e importante padecimiento.

(Rafael López Sánchez)

Bibliografía

WANG Y, ZHENG Y, DU Y, y cols.: Atomoxetine versus methylphenidate in paediatric outpatients with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized, double-blind comparison trial. *Aust N Z J Psychiatry*, 41: 222-230, 2007.

La identificación de factores para predecir remisión sintomática en la esquizofrenia

■ En este artículo se muestran los resultados de un estudio prospectivo de cohorte, diseñado para intentar buscar factores que pudiesen predecir la remisión sintomática de los cuadros agudos de esquizofrenia. El objetivo del estudio es proporcionar al clínico los elementos a tomar en consideración para evitar que el cuadro de esta enfermedad evolucione a estados crónicos y de recuperación parcial. Para el proyecto, se incluyó una muestra de 2960 sujetos con diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo al DSM-IV que estuvieran iniciando un tratamiento con algún antipsicótico al momento del reclutamiento, o bien que se les administrara uno diferente al que venían recibiendo previamente. La edad promedio del grupo fue de 42 años y el 49% correspondió al sexo masculino. Se excluyeron sujetos con limitaciones intelectuales y con otros padecimientos dentro del espectro psicótico. Se definieron como factores basales de predicción: el sexo, la edad, la duración de la enfermedad, el perfil e intensidad de los síntomas y la calificación de la escala de Impresión Clínica Global (ICG). Los predictores de funcionalidad incluyeron el estado ocupacional, la condición de vivir de manera independiente y la calificación de una escala de bienestar subjetivo (Subjective Well-being Under Neuroleptic Treatment Scale).

En cuanto a los factores del tratamiento se incluyeron el antipsicótico utilizado, los efectos secundarios neurológicos y el uso de antipsicóticos típicos o atípicos. Los factores de predicción de remisión temprana fueron: la remisión de los síntomas, la remisión funcional (el obtener un empleo, el estar estudiando, el llevar a cabo tareas domésticas o el poder vivir de manera independiente) y presentar un adecuado bienestar subjetivo a los tres meses de seguimiento.

Se consideró como criterio de remisión sintomática una calificación global y en cada una de las subescalas ≥ 3 en la escala ICG; como remisión completa se consideraron el alcanzar los criterios de remisión sintomática y los criterios de remisión funcional. Para contabilizar estas condiciones se requirió que los criterios se mantuvieran a lo largo de un plazo mínimo de seis meses. El periodo de seguimiento fue de dos años.

Al final de los dos años de seguimiento 47% de los sujetos habían alcanzado la remisión sintomática y 13% alcanzaron la remisión completa. Los factores basales de predicción de remisión sintomática fueron: el tener un número menor de síntomas graves, el tener empleo, el vivir de manera independiente, el tener una mejor percepción subjetiva de bienestar y el recibir como tratamiento un antipsicótico atípico. La falta de apego al tratamiento y un patrón persistente de abuso de sustancias fueron, por su parte, factores de predicción de falta de remisión. Los facto-

res basales de predicción de remisión completa fueron: edad de inicio del padecimiento < 30 años, estar empleado y vivir en forma independiente, y el recibir un antipsicótico atípico.

Los resultados de este trabajo muestran que a pesar de recibir un tratamiento antipsicótico, menos de la mitad de los pacientes logran un nivel de remisión sintomática y menos aún logran una remisión total. Un nivel adecuado de funcionalidad al inicio del tratamiento, la presencia de síntomas menos graves y el uso de antipsicóticos atípicos son elementos que incrementan la probabilidad de mejor remisión después de dos años de seguimiento. Los resultados de este estudio son congruentes con los obtenidos en otros trabajos similares. Y de éste se derivan al menos tres implicaciones clínicas prácticas: primero, es necesario buscar otros parámetros adicionales de respuesta, además del control de los síntomas; segundo, es importante que el clínico establezca una relación que incluye aspectos de psicoeducación con el paciente y la familia para así modificar el curso del padecimiento, y tercero, al parecer en este padecimiento existe lo que se puede denominar una “ventana de oportunidades” que corresponde a un periodo temprano crítico después del cual las intervenciones psicosociales pueden perder efectividad, llevando al paciente a una evolución crónica y de recuperación parcial. Por lo tanto es importante tomar en consideración estos aspectos en el manejo cotidiano de los esquizofrénicos. Finalmente, este trabajo pone en relevancia el concepto del tratamiento integral del paciente esquizofrénico.

(Josué Vásquez Medina)

Bibliografía

MCINTYRE RS, SOCZYNSKA JK: Predictors of symptomatic remission in people with schizophrenia identified. *Evid Based Ment Health*, 10: 73-83, 2007.

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.

Departamento de Publicaciones:

Norma Vollrath, Mario Aranda Marqués, Elizabeth Cisneros,
Mónica Gameros

