

El sueño y sus trastornos en niños y adolescentes

■ Los trastornos del sueño afectan a un 25-40% de niños y adolescentes. Las investigaciones sobre la relación entre el sueño y los trastornos psiquiátricos en niños apenas comienzan a realizarse. Este artículo, reseña una revisión del sueño normal y de sus trastornos en niños y en adolescentes que padecen trastornos psiquiátricos. Se ha documentado desde hace tiempo que las necesidades de sueño cambian con las fases del desarrollo. Los recién nacidos duermen de 10 a 18 horas al día, los lactantes de 10 a 12 horas durante la noche. Los infantes de 10 a 12 horas continuas durante la noche y entre ellos, entre 25 y 30% tienen problemas por resistencia y por somnolencia a la hora de ir a la cama; además, el comportamiento diurno es peor en quienes duermen mal. Los preescolares duermen de 11 a 12 horas por la noche. Algunos desarrollan dificultades para iniciar el sueño, es común que expresen miedos a la oscuridad y aumento de las pesadillas. La apnea obstructiva relacionada con el sueño y las parasomnias con despertares parciales son más comunes a esta edad. Los escolares duermen de 10 a 11 horas durante la noche, y un tercio tiene problemas para dormir. Las consecuencias son dificultades con la atención, memoria, aprendizaje y conducta.

En la adolescencia (12-18 años), las necesidades de sueño son de nueve a 10 horas, pero en los estudios se ha encontrado que la mayoría duerme sólo siete horas al día. La mayoría de los adolescentes experimentan privación de sueño por las exigencias sociales y académicas. Entre los adolescentes, 75% reporta consumo de cafeína o bebidas energéticas. La privación de sueño tiene un efecto en el estado de ánimo, la atención, el desempeño académico y el comportamiento. Los trastornos del sueño más comunes en la adolescencia son el síndrome de fase retardada del sueño, la inadecuada higiene del sueño, el insomnio, la narcolepsia, el síndrome de piernas inquietas (SPI) y los movimientos periódicos en las piernas (MPP).

El insomnio conductual en la infancia se manifiesta como una resistencia para ir a la cama y despertares frecuentes en la noche, ocurre entre 10 y 30% de los lactantes e infantes, así como infantes y preescolares. Las consecuencias son retardo del inicio del sueño y disminución

de su tiempo total. Si el trastorno persiste están indicadas las aproximaciones conductuales.

El sueño insuficiente o inadecuado es la causa más común de somnolencia diurna en los niños, por lo general debido a actividades académicas o extracurriculares, y en consecuencia los niños faltan o llegan tarde a la escuela o presentan somnolencia, fatiga o irritabilidad. En preparatoria, 28% de los adolescentes reporta somnolencia en la escuela por lo menos una vez a la semana. El síndrome de fase retardada del sueño es una alteración del ritmo circadiano donde los tiempos de dormir y despertar están retardados dos horas o más de lo habitual. Lo presentan entre cinco y 10% de los adolescentes. El tratamiento es difícil y requiere adolescentes motivados en tener un horario de sueño adecuado. Cuando el retardo es menor a tres horas el tratamiento consiste en el avance o retardo de fase (adelantar o atrasar el horario de dormir gradualmente). También puede ser útil el uso de la melatonina.

Hay trastornos respiratorios relacionados con el sueño y comprenden desde el ronquido primario hasta el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS). El ronquido tiene una incidencia de tres a 12% y el SAOS de uno a tres por ciento en población pediátrica general. Los niños con SAOS

Contenido

El sueño y sus trastornos en niños y adolescentes	7
El tamoxifeno en el tratamiento de la manía	8
Parámetros prácticos para la evaluación de la familia	9
La pobre recuperación de la función social en los trastornos psicóticos	10
La fibromialgia y su relación con la depresión y la ansiedad	10
Variaciones en la recuperación neuropsicológica de acuerdo al tipo de trastorno afectivo	11
Efectividad de los antidepresivos como terapia adicional en el tratamiento de la depresión bipolar	12

pueden o no ser obesos; sin embargo la causa más común de este trastorno en esta población es la hipertrofia de amígdalas y adenoides. Las consecuencias pueden ser: labilidad emocional, comportamientos agresivos, problemas de aprendizaje y síntomas parecidos al trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Entre los niños con síntomas de SAOS, 70% mejoran con la amigdalectomía. Para otras causas puede ser necesaria la farmacoterapia o la presión positiva de aire nasal.

La narcolepsia comprende somnolencia diurna, catalepsia, alucinaciones hipnagógicas, parálisis del sueño y sueño nocturno fragmentado. Se ha reportado que 34% de los adultos con narcolepsia experimenta los síntomas antes de los 15 años de edad. El tratamiento incluye educación sobre el trastorno, horarios de sueño adecuados con siestas programadas y farmacoterapia con estimulantes y anticolinérgicos.

Los trastornos del despertar también se denominan parasomnias de despertares parciales; ocurren durante la transición de sueño delta a sueño ligero, sueño MOR o despertares y es más común durante las primeras horas del sueño. Estos incluyen: despertares confusos, terrores nocturnos, somniloquia y sonambulismo. Se resuelven espontáneamente cuando el niño se vuelve a dormir y al despertar no recuerda el evento.

Existe un componente genético importante en los trastornos del despertar; son desencadenados por: sueño insuficiente, interrupción del horario de sueño, estrés, ansiedad o algunos medicamentos. El tratamiento consiste en que los padres proporcionen un ambiente de sueño seguro, educación sobre el evento y rara vez son necesarios los medicamentos.

El SPI y el MPP tienen una fuerte relación con el TDAH. El SPI se manifiesta por una sensación incómoda en las piernas que se alivia con el movimiento de éstas. El MPP puede ocurrir junto con éste o solo y consiste en movimientos repetitivos que duran dos segundos y se presentan cada cinco a 90 segundos durante la fase uno y dos del sueño. El tratamiento incluye benzodiazepinas, dopaminérgicos y hierro. Los trastorno del movimiento relacionado con el sueño incluyen el golpearse la cabeza y tener oscilaciones del cuerpo durante la transición a sueño-vigilia. Ocurren en 90% de niños con seis meses de edad y se resuelve con el desarrollo.

La evaluación de estos trastornos debe comprender una historia del sueño completa, interrogando hábitos de sueño, horarios, comportamiento a la hora de ir a la cama, latencia al inicio del sueño, comportamientos nocturnos, comportamientos durante el día, funcionamiento diurno. También debe evaluarse el impacto de los problemas del sueño del niño en la familia. Los diarios de sueño proporcionan información adicional. Las medidas objetivas del sueño incluyen la actigrafía y la polisomnografía.

En cuanto a los problemas de sueño relacionados con trastornos específicos, se sabe que entre 25 y 50% de niños con TDAH tienen alteraciones del sueño. Las más comunes son: dificultad para iniciar el sueño, mayor actividad durante este sueño poco reparador, corta duración y deficiencia de su calidad. Entre 44 y 83% de los niños con

trastornos del espectro autista tienen problemas de sueño, los más comunes son: inicio del sueño prolongado, somnolencia, despertares tempranos. En cuanto a la depresión y la ansiedad, la relación es compleja y bidireccional. Noventa por ciento de niños con depresión reportan alteraciones de sueño, la más común es el insomnio. Los niños con trastorno de ansiedad, reacciones de estrés, trastornos adaptativos, miedos y fobias, y ansiedad de separación, experimentan dificultades importantes con el sueño. Las alteraciones del sueño empeoran los síntomas de estos trastornos. Los trastornos subyacentes deben ser tratados y deben sugerirse estrategias de relajación y un componente cognitivo para mejorar las alteraciones del sueño.

(Daniela Díaz Jaimes)

Bibliografía

MELTZER L, MINDELL J: Sleep and sleep disorders in children and adolescent. *Psychiatr Clin North Am*, 29:1059-1076, 2006.

El tamoxifeno en el tratamiento de la manía

■ De manera habitual, el tratamiento de los episodios de manía aguda se lleva a cabo con la administración de antipsicóticos y estabilizadores del ánimo (litio, valproato, carbamazepina y lamotrigina, entre otros). Hasta ahora se desconocen los mecanismos de acción por medio de los cuales estos compuestos generan los efectos antimaniacos. Una hipótesis reciente postula que la cascada de señalización intraneural promovida por la actividad de la enzima proteína-cinasa C (PKC), podría ser el proceso neuroquímico involucrado en la actividad de estos medicamentos. Esta hipótesis tiene el apoyo de los estudios genéticos en modelos animales, los cuales sugieren que la activación de la PKC está asociada a cambios de conducta de tipo maniaco. Está documentado también, en animales de experimentación, que la inhibición de la PKC bloquea las respuestas agudas a la cocaína y reduce la conducta de riesgo dirigida a su consumo. El tamoxifeno, un antiestrógeno no esteroide que se utiliza desde hace ya un buen tiempo para el tratamiento del cáncer mamario, es un inhibidor potente y selectivo de la PKC capaz de atravesar la barrera hematoencefálica.

Estos antecedentes han motivado a diversos grupos de investigación clínica a determinar si el tamoxifeno pudiese tener un efecto antimaniaco. En un artículo previo, el doctor Zárate y sus colaboradores habían demostrado, por medio de un ensayo clínico abierto, que el tamoxifeno reducía las manifestaciones clínicas de los cuadros agudos de manía. En esta ocasión diseñaron un estudio doble ciego que incluyó a 16 pacientes, 14 de ellos del sexo masculino, cuya edad promedio era de 35 años. Todos los sujetos tenían el diagnóstico de trastorno bipolar y atravesaban, al momento de ingresar al estudio, por un episodio agudo de manía o bien por uno de tipo mixto. Des-

pués de una evaluación inicial de dos a siete días de duración y de la suspensión de todo tipo de medicación, con la excepción de benzodiazepinas, a los pacientes se les inició tratamiento con un procedimiento doble ciego. De manera aleatoria se les suministró durante las tres siguientes semanas, tamoxifeno (20 a 140 mg diarios) o placebo. El grupo que recibió tamoxifeno mostró una mejoría notoria del cuadro de manía a partir del quinto día de tratamiento. Esta reducción de la sintomatología maniaca se mantuvo hasta los 21 días de tratamiento, que fue el punto de terminación del estudio. Las puntuaciones en la escala de Young para manía presentaron una reducción $\geq 50\%$ en cinco de un total de ocho pacientes que recibieron tamoxifeno, mientras que este nivel de recuperación sólo lo logró un paciente de los ocho del grupo que recibió placebo. Con respecto a los efectos colaterales, el único que tuvo una incidencia significativamente mayor en el grupo del compuesto activo fue la pérdida de apetito.

Para los investigadores es claro que los resultados de su estudio muestran que este fármaco tiene un efecto antimaniaco que habría que corroborar en estudios posteriores con un número mayor de sujetos y, probablemente comparándolo con un fármaco de eficacia probada para el control de la manía. Sin embargo, debido a que el tamoxifeno tiene efectos tanto antiestrogénicos como de inhibición de la PKC, es imposible en este momento adjudicarle a alguno de los dos la actividad antimaniaca. Por otra parte, estos hallazgos motivan la necesidad de desarrollar y probar nuevos inhibidores de la PKC con características más específicas.

(Margarita Horta Carrillo)

Bibliografía

ZARATE CA, SINGH JB, CARLSON PJ y cols.: Efficacy of a protein kinase C inhibitor (tamoxifen) in the treatment of acute mania: A pilot study. *Bipolar Disord*, 9:561-570, 2007.

Parámetros prácticos para la evaluación de la familia

■ En psiquiatría infantil y del adolescente es de gran importancia la valoración familiar. Por medio de ésta se identifican tanto las fortalezas y los problemas como las áreas de intervención para resolver los problemas clínicos. El objetivo de esta revisión fue definir los parámetros prácticos de esta evaluación para establecer un plan de tratamiento. Los datos se obtuvieron de múltiples fuentes pero principalmente del material de los comités de familia de la Academia Norteamericana de Psiquiatría Infantil y del Adolescente.

La primera evaluación puede tomar más de una sesión. El clínico reúne información sobre el motivo principal de consulta, el contexto familiar, las soluciones y expectativas de los padres a este respecto. El clínico intenta determinar los factores familiares que influyen sobre el trastorno psi-

quiátrico, identificar patrones familiares de interacción relacionados al problema y obtener datos de la estructura, creencias y comunicación. Se indagan aspectos étnicos, éticos y legales. Finalmente procura involucrar a la familia en el tratamiento. La profundidad de la evaluación depende de varios factores: las habilidades y orientación del clínico, la locación, el propósito de la evaluación, la severidad y el tipo de problema. Lo más común es que se presente la familia solicitando ayuda para el problema del hijo; el clínico evalúa a la familia con más detalle a lo largo del proceso, involucrando a los miembros de una manera sutil y empática. La evaluación profunda es necesaria cuando existen antecedentes familiares de riesgo, problemas específicos de interacción, como las interacciones padre-hijo conflictivas, evolución desfavorable de un proceso farmacológico o psicoterapéutico, o bien existen otros miembros enfermos en la familia. Los siguientes diez principios fueron desarrollados por la mencionada academia.

1. La evaluación psiquiátrica del niño o el adolescente debe incluir información obtenida por medio de los padres sobre la historia y funcionamiento de la familia. Se reúne información de las condiciones en las que llegaron al tratamiento, las fortalezas y limitaciones, características demográficas, estructura, desarrollo y antecedentes psiquiátricos familiares.
2. La evaluación familiar debe incluir la observación de la interacción del niño con los padres. Esta observación refleja aspectos importantes de la estructura familiar y las habilidades para resolver problemas. Se deben identificar los procesos interactivos que dificulten el sano desarrollo mental del niño.
3. La evaluación familiar puede requerir entrevistas individuales con miembros de la familia, grupos de miembros o la familia entera. El clínico debe determinar en qué secuencia se entrevistarán a los miembros para obtener una información completa. Es esencial entrevistar al adolescente de manera individual, aunque también puede ser enriquecedora la entrevista a solas con los padres. Se debe poner atención a los miembros que no asisten cuando se les solicita. Mientras sea posible debe mantenerse la confidencialidad.
4. Cuando la historia clínica sugiere problemas de interacción, se debe entrevistar a los miembros de la familia que están en contacto diario con el paciente. Es de especial importancia, cuando existen problemas de conducta, indagar sobre los eventos previos y las consecuencias en el contexto familiar.
5. La entrevista familiar debe incluir preguntas para identificar factores de riesgo familiar para trastornos específicos. Además debe indagarse sobre sintomatología en miembros de la familia y lo que se ha realizado al respecto.
6. La evaluación familiar debe proveer información suficiente para que el clínico pueda entender su estructura, el nivel de comunicación, el sistema de creencias y las reglas.
7. La evaluación familiar es enriquecida por la historia de su desarrollo, la historia de la relación marital y la his-

toria individual de los padres, incluyendo los antecedentes psiquiátricos de los miembros de la familia. También influye cómo fueron criados los propios padres.

8. Para los casos complicados, el clínico debe considerar técnicas específicas para reunir y organizar información sobre el funcionamiento familiar. Puede ser útil la elaboración de un familiograma.
9. La evaluación de la familia requiere del reconocimiento de las diferencias culturales ya que éstas tienen una influencia indiscutible sobre la estructura, la comunicación, las normas y el desarrollo familiar. Es importante indagar sobre aspectos religiosos, filosofía, formas de vivir, etc.
10. Una adecuada evaluación familiar debe conducir a intervenciones terapéuticas que interrumpan las funciones familiares que puedan estar precipitando, predisponiendo o manteniendo los problemas clínicos. Al identificar los factores familiares que influyen directamente en el trastorno del niño pueden formularse estrategias; éstas pueden consistir en psicoeducación o en intervenciones familiares específicas o ambas.

Estos parámetros fueron desarrollados para auxiliar a los clínicos en su esquema de decisiones. No deben tomarse como métodos estándar. La publicación agrega tres apéndices que incluyen preguntas específicas para auxiliar al clínico en la evaluación.

(Daniela Díaz Jaimes)

Bibliografía

JOSEPHSON GR: Practice parameters for the assessment of the family. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat*, 46:922-937, 2007.

La pobre recuperación de la función social en los trastornos psicóticos

■ De acuerdo a los resultados de un estudio efectuado por investigadores suecos, los psicóticos, a pesar de recibir y responder al tratamiento, suelen tener un pobre desempeño social y una mala calidad de vida. No obstante, pueden diferenciar sus síntomas de los efectos adversos de la medicación, lo cual sugiere que son capaces de valorar por ellos mismos los resultados de los tratamientos. Si bien tanto los antipsicóticos tradicionales como los atípicos mejoran los síntomas positivos, los negativos y las funciones cognitivas, tienen un cierto número de efectos indeseables. En este estudio de observación se siguió a lo largo de cinco años la evolución de 225 pacientes tratados inicialmente con antipsicóticos atípicos, tanto en monoterapia como en combinación con otros medicamentos. Se examinó anualmente a los participantes para determinar las variaciones y las calificaciones de la Escala de Síntomas Negativos y Positivos de Esquizofrenia (PANSS),

la Escala de Movimientos Anormales Involuntarios (AIMS), la Escala de Impresión Clínica Global (ICG) y la Escala de Funcionamiento Global (GAF), entre otras.

La edad promedio de los sujetos al inicio del seguimiento fue de 38.5 años y la edad promedio de inicio del padecimiento de 26 años. No hubo cambios importantes de síntomas a lo largo del estudio, lo cual sugiere que los individuos permanecieron sintomáticamente estables. Además la incidencia de efectos adversos graves fue muy baja: 3% al inicio y 2% al final. En la escala ICG se observó un alto grado de concordancia tanto entre los clínicos y los pacientes, como entre los clínicos y los sujetos entre sí. Sin embargo, los pacientes tuvieron la tendencia de calificar más alto su nivel de funcionamiento en comparación con lo calificado por los clínicos. Los autores explican esta diferencia como consecuencia de la falta de juicio e introspección de los pacientes.

A lo largo del seguimiento el tiempo promedio de estancia hospitalaria se redujo de 41 a 10 días. No obstante, el número de días que permanecieron en casas de alojamiento se incrementó de 28 a 63, lo cual bajó el porcentaje de pacientes que vivía de manera independiente de 71% a 63%. Globalmente, del 15 al 26% de los sujetos no tuvo ningún tipo de contacto social; 29 a 37% refirió reunirse con amigos o compañeros menos de una vez a la semana. El 12% manifestó trabajar o estudiar de tiempo completo y 14% lo hacía de manera parcial. Ocho pacientes fallecieron durante el periodo de seguimiento.

Los datos encontrados manifiestan que los trastornos psicóticos son indiscutiblemente padecimientos crónicos y graves en términos de evolución y de recuperación social. Además afectan de manera directa la calidad de vida de los individuos. La discusión de los autores se centra en la necesidad de abordar estos trastornos de manera más completa e integral. Si los pacientes pueden evaluar sus síntomas y distinguirlos de los efectos adversos de los medicamentos, entonces es factible que con una adecuada intervención psicológica y/o social se les pueda ayudar a reestructurar su funcionamiento y mejorar su calidad global de vida.

(Rafael López Sánchez)

Bibliografía

LINSTRÖM E, EBERHARD J, LEVANDER S: Five-year follow-up during antipsychotic treatment: efficacy, safety, functional and social outcome. *Acta Psychiat Scand*, 116: 5-16, 2007.

La fibromialgia y su relación con la depresión y la ansiedad

■ Existen diversos datos que relacionan algunas de las enfermedades reumáticas con los trastornos de depresión y de ansiedad. Esta interacción puede ser considerada en ambos sentidos. Por una parte, es claro que los pacientes con trastor-

nos reumáticos presentan síntomas molestos y persistentes de dolor y de limitación funcional, los cuales con el tiempo les generan alteraciones en sus condiciones afectivas. Por otro lado, es factible que existan ciertos fenómenos etiológicos comunes que faciliten la presencia simultánea de un trastorno afectivo y uno reumático. Esta posibilidad ha sido considerada con mayor frecuencia sobre todo a partir de la aparición de la evidencia de que algunos psicofármacos pueden inducir un efecto analgésico y mejorar las condiciones anímicas. Tal vez la entidad clínica que más se está estudiando en la actualidad en estos aspectos, sea la fibromialgia.

Un trabajo recientemente publicado propuso evaluar la presencia de síntomas de ansiedad y de depresión en una amplia cohorte de pacientes con fibromialgia, determinando, además, el impacto de la pregabalina sobre el control y la reducción de estos síntomas y sobre los de la fibromialgia. El estudio se diseñó como un ensayo clínico de asignación aleatoria y con un grupo comparativo de placebo para determinar la efectividad del compuesto en el tratamiento de la fibromialgia. Todos los participantes contestaron al ingresar al estudio la Escala de Ansiedad y Depresión para pacientes Hospitalizados (EADH). Las subescalas de ansiedad y de depresión se analizaron de manera independiente y de acuerdo a sus promedios de calificación, se agrupó a los pacientes en diferentes niveles de gravedad de los síntomas. Los niveles basales de ansiedad y de depresión se evaluaron como covariables y se incluyeron en términos de su interacción con el tratamiento en un modelo estadístico de análisis de covarianza. Un análisis posterior de asociación valoró la reducción de la ansiedad y la depresión y la mejoría en cuanto al dolor generado por la fibromialgia.

La mayoría de los 529 pacientes participantes presentaba, de acuerdo a la valoración basal, un número mayor de síntomas ansiosos (71%) que depresivos (56%). La reducción de los síntomas dolorosos generada por la pregabalina en comparación con la generada por el placebo, no mostró una relación directa con los cambios en las calificaciones de ansiedad y depresión. Un análisis subsecuente demostró que 75% de la reducción del dolor no fue explicada por la mejoría en los síntomas de ansiedad y depresión. De acuerdo a las conclusiones de los autores, todo paciente con fibromialgia debe ser rutinariamente evaluado para determinar la presencia y la gravedad de los síntomas ansiosos y depresivos. Sin embargo sus datos demuestran que el efecto de la pregabalina en la fibromialgia es independiente de las condiciones ansioso-depresivas. Esto sugiere que el mecanismo de acción antiálgico de este fármaco no se relaciona con su probable efecto ansiolítico. El tiempo y la experiencia que se vaya obteniendo con este nuevo compuesto, así como los resultados de ensayos clínicos similares, podrán verificar o bien modificar lo que se postula en este trabajo.

(Mónica del Río Cabrero)

Bibliografía

ARNOLD LM, CROFFORD LJ, MARTIN SA y cols.: The effect of anxiety and depression on improvements in pain in a randomized, controlled trial of pregabalin for treatment of fibromyalgia. *Pain Med*, 8:633-638,2007.

Variaciones en la recuperación neuropsicológica de acuerdo al tipo de trastorno afectivo

■ Se ha demostrado de manera reiterativa que la funcionalidad neuropsicológica de los pacientes con trastornos afectivos varía entre los distintos subtipos dependiendo fundamentalmente del estado del padecimiento. De manera particular, los pacientes con trastorno bipolar suelen continuar con alteraciones de las funciones neuropsicológicas a pesar de haber alcanzado estados de remisión clínica. No obstante, son pocos los trabajos que se han dado a la tarea de evaluar de manera consistente el perfil neuropsicológico y sus cambios en pacientes con diversos tipos de trastornos del afecto. Un grupo de investigadores encabezados por la doctora Gruber, en Alemania, estudió a 30 pacientes con depresión mayor unipolar y a 39 pacientes con trastorno bipolar, de los cuales 17 se encontraban en fase de manía y 22 en fase de depresión. Para evaluar los distintos parámetros involucrados utilizaron una serie de pruebas neuropsicológicas para detectar la funcionalidad de la memoria, la atención y las funciones ejecutivas.

Al momento del alta hospitalaria, los pacientes maniacos tuvieron un peor desempeño en comparación con los otros dos grupos en las pruebas neuropsicológicas que determinaron atención selectiva y velocidad de respuesta. Todos los participantes mostraron mejoría global al ser revalorados siete semanas después. Sin embargo, algunas deficiencias se mantuvieron particularmente en lo que respecta a las funciones ejecutivas. El peor desempeño continuó siendo el de los pacientes maniacos, mientras que los deprimidos bipolares tuvieron un desempeño semejante a los deprimidos unipolares.

De acuerdo a los resultados obtenidos, los investigadores concluyen que las diferencias encontradas en los patrones sugieren variaciones en la estabilidad y en el curso de las deficiencias neuropsicológicas que son dependientes del tipo de trastorno afectivo. Sus datos también apoyan la hipótesis de que a pesar de que en estos padecimientos se logre un adecuado nivel de recuperación clínica y de remisión sintomática, algunos síntomas neuropsicológicos no se recuperan de manera similar. Esto es particularmente evidente en los pacientes con trastornos de manía. Por lo tanto consideran que el detectar los perfiles neuropsicológicos en estos padecimientos tiene una gran relevancia clínica, ya que permitiría iniciar tratamientos adecuados y programas de prevención para reducir y limitar los déficits.

Los resultados de este trabajo agregan información importante que sirve para alertar al clínico a que evalúe estos aspectos funcionales de los pacientes. Es probable que su identificación y su atención para reducirlos tengan un

valor fundamental para la evolución del padecimiento a largo plazo. Probablemente puedan reducir las posibles recaídas, favorecer la recuperación psicosocial de los sujetos y permitir por lo tanto una recuperación más integral.

(Ingrid Vargas Huicochea)

Bibliografía

GRUBER S, RATHGEBER K, RAUNING P y cols.: Stability and course of neuropsychological deficits in manic and depressed bipolar patients compared to patients with major depression. *J Affect Disord*, 104:61-71, 2007.

Efectividad de los antidepresivos como terapia adicional en el tratamiento de la depresión bipolar

■ En los pacientes con trastorno bipolar los episodios depresivos son la causa más frecuente de discapacidad. Sin embargo, no existen buenos estudios sobre la llamada «depresión bipolar», ni sobre los grados de eficacia y seguridad que pueden ofrecer los antidepresivos comunes, administrados de la manera habitual. Los autores de este estudio se propusieron determinar si el tratamiento anti-depresivo adyuvante resulta útil para limitar los síntomas de depresión bipolar, sin aumentar por ello el riesgo de manía. Se diseñó un ensayo clínico aleatorizado y controlado con procedimiento doble-ciego, con un seguimiento durante 26 semanas.

Con este objetivo se incluyeron a 316 individuos mayores de 18 años (edad promedio: 40 años, y el 43% del total de la muestra correspondió a individuos del sexo masculino), con trastorno bipolar de tipos I o II. Todos los participantes presentaban al momento de su ingreso al estudio un episodio depresivo mayor que formaba parte del trastorno, de acuerdo a las definiciones del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*, cuarta edición (DSM-IV). Los pacientes fueron distribuidos aleatoriamente en uno de dos grupos: el primero de ellos recibió medicación antidepresiva adicional (n = 179) y el otro no (n = 157). Los del primer grupo recibieron un fármaco estabilizador del estado de ánimo acompañado de un antidepresivo, mien-

tras que los del segundo grupo recibieron el estabilizador más un placebo. La medida de eficacia primaria fue el número de pacientes de cada grupo que alcanzaba recuperación durable, es decir que permanecía en estado de eutimia por un lapso de al menos ocho semanas consecutivas. Como medidas de eficacia secundarias se consideraron: a) la efectividad general del tratamiento y b) la cantidad de casos registrados con cambio a manía o hipomanía.

Logró un nivel de recuperación persistente un total de 42 pacientes (23.5%) del grupo receptor del antidepresivo adicional, y 51 del otro grupo (27.3%; p = 0.40). La eficacia global general fue mayor en el grupo con antidepresivo, si bien la diferencia con el otro grupo no fue significativa. Los cambios a manía o hipomanía durante la intervención fueron similares en ambos grupos.

En sujetos con enfermedad bipolar que padecían estados depresivos, el agregado de medicación antidepresiva al habitual suministro de estabilizadores del estado de ánimo no indujo mejor evolución, pero tampoco se relacionó con mayor riesgo de cambio hacia manía o hipomanía. Será conveniente evaluar los efectos de esta terapia adyuvante en estudios a largo plazo.

(Francisco Romo Nava)

Bibliografía

SACHS GS, NIERENBERG AA, CALABRESE JR y cols.: Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression. *New Engl J Med*, 356:1411-1722, 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

