



INSTITUTO NACIONAL
DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE

Información

Clínica

Volumen 13

Número 5

Mayo del 2002

Principios generales en el manejo de los pacientes con trastornos de la personalidad

■ El manejo de pacientes con trastornos de la personalidad (TP) es una de las áreas más polémicas y problemáticas de la psiquiatría. Una de las razones por las que estos trastornos no se diagnostican es la idea errónea de que no son propiamente trastornos mentales.

La definición del DSM-IV de los TP incluye las siguientes características: *Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:*

1. *cognición,*
2. *afectividad,*
3. *actividad interpersonal, y*
4. *control de los impulsos.*

Para que pueda diagnosticarse el TP, el patrón persistente de experiencia interna y comportamiento debe llevar a una disfunción clínicamente significativa o a un deterioro en el funcionamiento social, ocupacional o de otras áreas.

Los TP se asocian con altos niveles de disfunción, comparable incluso con la que provocan los trastornos del eje I. Los pacientes por lo general acuden a los servicios de salud mental cuando los síntomas causan disfunción o empiezan a interferir con su funcionamiento. Los pacientes con TP son los que más citas programan y al mismo tiempo son quienes más faltan a ellas.

Los TP pueden llegar a afectar la relación médico-paciente. Incluso los clínicos más experimentados pueden ser víctimas del engaño de estos pacientes.

Muchos pacientes que acuden a los servicios psiquiátricos padecen un TP, aunque relativamente pocos reciben tratamiento por esto. El hecho de haber padecido un TP durante la adolescencia duplica el riesgo de trastornos ansiosos y afectivos, conductas autolesivas y uso de sus-

tancias durante la vida adulta. De la misma forma, los pacientes con trastornos del afecto tienen una alta prevalencia de trastornos de la personalidad límite, antisocial, evitativa y dependiente. A su vez, se observa que los pacientes “difíciles”, con una mezcla de rasgos antisociales, limítrofes, narcisistas e histriónicos, tienen una propensión particular a síndromes depresivos, episodios de autolesiones, estados de ansiedad, abuso de sustancias y trastornos de la alimentación.

Algunos investigadores han encontrado que, en centros de atención primaria, cerca de una tercera parte de los pacientes presenta un TP. Según otros estudios, entre 20 y 40 % de los pacientes psiquiátricos externos, y cerca de 50 % de los internos, reúnen criterios para un TP.

Los pacientes con un TP, en particular los de tipo antisocial, paranoide y límite, con frecuencia presentan problemas legales. De acuerdo con una encuesta de morbilidad psiquiátrica en prisiones inglesas y escocesas, aproximadamente 78% de los hombres presuntamente culpables, 64 % de los sentenciados y 50 % de las mujeres prisioneras tenían un TP.

Los pacientes con comorbilidad de un TP tienen mayor severidad en los síntomas de eje I. En un estudio comunitario se encontró que los individuos con evidencia de un

Contenido

Principios generales en el manejo de los pacientes con trastornos de la personalidad	25
Patrones de temperamento y carácter en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo	26
¿Cuáles son las perspectivas para el metilfenidato en la próxima década?	28
Cambios en la función cerebral de sujetos deprimidos durante el tratamiento con placebo	29

TP visitaron más los servicios de salud mental de consulta externa y se hospitalizaron más que aquellos sin un TP. Además, en la población adolescente es muy importante considerar los siguientes grupos vulnerables al desarrollo de un TP:

1. Adolescentes victimizados (quienes han sufrido abuso físico, sexual y/o psicológico),
2. con trastorno disocial,
3. consumidores de alcohol o drogas, o
4. hijos de padres con TP.

Un concepto importante en cuanto a los TP es la tratabilidad. Tratable equivale a curable. Los padecimientos psiquiátricos, al igual que los crónicos, por lo general no son curables. Sin embargo, es posible erradicar las condiciones subyacentes, deben tratarse las condiciones asociadas, y pueden modificarse los factores perpetuantes y agravantes.

Hay un creciente énfasis en usar instrumentos estandarizados para evaluar los TP. En términos clínicos, saber que un paciente reúne criterios del DSM-IV o del CIE-10 para algún TP no provee información adecuada acerca de las dificultades y circunstancias que sería necesario conocer para elaborar un plan de tratamiento y priorizar las intervenciones. Con propósitos clínicos, se ha sugerido que el acercamiento más adecuado es la valoración funcional de la personalidad. Gunn sugiere enlistar los rasgos anormales en cinco áreas: pensamientos, sentimientos y emociones, conductas, funciones sociales e introspección; una vez identificados los rasgos problema, podrán valorarse los estresores asociados. El contexto social de cada paciente es único, y debe evaluarse y entenderse. Es útil aclarar los factores predisponentes, precipitantes, perpetuantes y agravantes; entender cómo interactúan las diversas dificultades y tratar de entender la importancia relativa de los distintos factores que contribuyen a la disfunción.

Una vez identificados los problemas es posible bosquejar un plan de lo que se puede y lo que no se puede hacer. Quizá sea posible mejorar la función sólo en algunas áreas, no en todas. El contenido del plan de tratamiento dependerá de la valoración de las necesidades. El factor más importante es fijar metas realistas y explícitas para el tratamiento; deben ser modestas en términos de los cambios cognoscitivos o de personalidad. El tratamiento y las intervenciones no deben ser únicamente psicológicos. Los profesionales de la salud mental necesitan trabajar junto con los médicos de atención primaria y trabajadores sociales, quienes pueden sentirse solos y poco apoyados al involucrarse con este tipo de pacientes.

El tratamiento para los pacientes con TP puede ser de tipo farmacológico y/o psicoterapéutico. La mayoría de las intervenciones psicoterapéuticas se enfocan en métodos cognoscitivo-conductuales, que han mostrado generar una mejoría significativa en pacientes con TP, sobre todo limítrofes.

De acuerdo con lo anterior, la valoración, planeación y tratamiento de los pacientes con TP debe darse en paquetes de atención. Así, de forma multidisciplinaria se han creado varias propuestas, como la Propuesta de Programa

de Cuidado o el Tratamiento Comunitario Asertivo, en las que se ofrecen servicios de atención interna, externa y seguimiento comunitario, mejoría en los pacientes tratados.

Hay varias limitantes en el manejo de los pacientes con TP. Las dificultades se dan debido a que muchos de los pacientes con estas patologías tienen problemas significativos en sus relaciones interpersonales. Estos pacientes pueden generar sentimientos de frustración, negación de ayuda, enojo, evitación y anulación en las personas que los atienden. Algunos profesionales han llegado incluso a afirmar que el diagnóstico de TP debe abandonarse por ser un concepto mal definido con el que se estigmatiza a las personas cuya conducta se desvía de las normas sociales y con el cual se les excluye de los servicios. Sin embargo, el hecho de que un diagnóstico se utilice mal no es razón para abandonarlo.

Los principios de la evaluación y el manejo son los mismos de cualquier otro trastorno mental crónico. La efectividad de concretar un plan de manejo implica un análisis funcional: enlistar las áreas conflictivas y los estresores asociados –y su inferencia en la función–, priorizar las áreas de intervención y plantear metas alcanzables, que deben ser modestas. Se debe disponer de diversos recursos humanos y materiales antes de iniciar un tratamiento para pacientes con TP, y los esquemas de intervención deben prever una cronicidad de meses o años. Es fundamental que los clínicos comprometidos con estos pacientes estén ampliamente capacitados en su manejo para evitar una contratransferencia negativa, anticipar conductas de riesgo y ofrecer contención suficiente a las demandas.

(Mario Torruco Salcedo, Francisco de la Peña)

Bibliografía

- DAVISON SE: Principles of managing patients with personality disorders. *Adv Psych Treatment*, 8:1-9, 2002.
- GUNN J: Personality disorders. En: *Forensic Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Issues*. Gunn J, Taylor PJ (eds.). Ed. Butterworth Heinemann, Londres, 1993.

Patrones de temperamento y carácter en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo

■ El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno psiquiátrico caracterizado por pensamientos recurrentes e intrusivos. Provoca en los pacientes un deterioro en su funcionamiento social y ocupacional, lo que causa aflicción en ellos y sus familiares. Desde principios de los años 80 se ha visto un incremento en el interés e investigación

alrededor de este trastorno, tal vez debido a la disponibilidad y aplicación activa de instrumentos de investigación avanzados para valorar de forma cuantitativa las conductas patológicas, la psicofarmacología y herramientas para observar la estructura y funcionamiento cerebrales.

Una importante teoría que merece atención en el campo de la investigación del TOC busca entenderlo por medio de los patrones biogénéticos del temperamento y carácter. En cuatro dimensiones: búsqueda de la novedad (NS), evitación del daño (HA), dependencia de la recompensa y persistencia, Cloninger clasificó el temperamento humano con una variación de su componente genético de 40% a 60%. Clasificó el carácter, con una variación de implicación genética de 10% a 15% y el componente ambiental con una de 30% a 35%, en otras tres dimensiones: autodirección (SD), cooperatividad (C) y autotranscendencia. Pfohl y cols. encontraron que los pacientes con TOC tenían calificaciones significativamente más altas en la HA, resultado que replicaron Richter y cols. Bejerot y cols. hallaron, además de lo anterior, que este tipo de pacientes obtenían puntajes significativamente menores en SD y C.

En el presente estudio se evaluaron los patrones biogénéticos de temperamento y carácter en sujetos con TOC, además de síntomas depresivos y ansiosos, así como la severidad de síntomas OC.

Se reclutó a 40 pacientes con TOC y 40 controles con características similares de edad, sexo y coeficiente intelectual (IQ). Los pacientes con TOC provenían del Hospital de la Universidad Nacional de Seúl, Corea del Sur. Veinticinco (62.5 %) pacientes estuvieron al menos dos semanas sin medicamentos cuando se realizó la evaluación. El diagnóstico de TOC se llevó a cabo de acuerdo con los criterios del DSM-IV y con el consenso de dos psiquiatras certificados. Se excluyó a los pacientes con otro diagnóstico en eje I según el DSM-IV, alguna enfermedad neurológica presente o pasada, retraso mental o abuso de sustancias. Los controles no presentaron ningún diagnóstico del eje I ni II presente o actual, de acuerdo con la Entrevista Estructurada para el DSM-IV (SCID) y con la Entrevista Diagnóstica para Trastornos de la Personalidad (DIPD), respectivamente.

Se evaluó el temperamento y carácter de los pacientes con el Inventario de Temperamento y Carácter (ITC) de Cloninger, cuestionario autoaplicable con 240 preguntas que valoran las siete dimensiones del temperamento y carácter. La severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos (SOC) se valoró con la Escala de Síntomas Obsesivo-Compulsivos de Yale-Brown (Y-BOCS). Los niveles de depresión y ansiedad se estimaron con la versión coreana del Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), respectivamente. El IQ se obtuvo conforme a la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler en su versión revisada (WAIS-R). Para el análisis estadístico se utilizó la prueba t, la chi cuadrada y el análisis de regresión múltiple.

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos respecto a edad, género, escolaridad ni IQ. Se encontró que los pacientes con TOC tuvieron calificaciones significativamente más altas en la HA y más bajas en la

NS y SD, en comparación con los controles. Además se halló que las calificaciones altas en la HA y bajas en la SD predijeron significativamente puntajes altos en la Y-BOCS, lo que indica mayor severidad en los síntomas, aun después de controlarse para edad, género y niveles de depresión y ansiedad. Cuando se repitió el análisis estadístico al considerar el estado del tratamiento farmacológico durante la evaluación no se encontraron resultados significativamente diferentes.

Los autores concluyen que los hallazgos de las diferencias en los perfiles de temperamento y carácter podrían considerarse un factor que quizá prediga la severidad de los SOC. Sin embargo, debe apuntarse que aún es poco claro si el temperamento es la causa de la psicopatología o viceversa, y que los diferentes métodos que miden el temperamento y carácter no arrojan resultados parecidos. Además, la influencia de los síntomas depresivos y ansiosos comórbidos se consideró en el análisis final, aunque se sabe con certeza que los pacientes con TOC tienen prevalencias altas de depresión y ansiedad comórbidas, lo cual puede influir en los perfiles de temperamento y carácter.

Los autores asumen que la alta HA en los pacientes con TOC puede relacionarse con la excesiva preocupación por varios objetos. Y la baja SD puede entenderse de acuerdo con las características clínicas de los pacientes TOC: tienden a motivarse por compulsiones y obsesiones intrusivas cuando inician actividades dirigidas a metas específicas. En estudios previos en los que se investigó la relación entre perfiles de temperamento y carácter, y la respuesta a tratamiento se encontró que los niveles altos de HA y bajos de SD predecían una respuesta lenta y deficiente a antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y a psicoterapia cognoscitiva. El hallazgo de que los pacientes con TOC tienen un perfil similar puede explicar su frecuente resistencia al tratamiento.

La baja SD de los pacientes con TOC refleja que su capacidad para regular sus propios pensamientos y conductas está relativamente reducida en comparación con los controles sanos. La severidad de los SOC puede exacerbarse dentro del ambiente individual de baja SD, debido a que los pacientes TOC encuentran difícil vencer las obsesiones y compulsiones debido a dicha baja SD, en especial cuando intentan guiar sus pensamientos y conductas hacia sus propias metas.

Estos hallazgos también reflejan que los patrones de temperamento y carácter en los pacientes con TOC es muy parecido aun en poblaciones diferentes. Los autores comentan que estos resultados deberán replicarse en nuevos estudios con poblaciones con características clínicas y demográficas diferentes. Asimismo, recomiendan que se realicen más estudios para buscar la asociación entre las características de los patrones biogénéticos de temperamento y carácter en pacientes con TOC, y observar sus posibles implicaciones clínicas, incluso la severidad de los SOC y el curso del TOC.

(Mario Torruco Salcedo)

Bibliografía

LYOO IK, LEE DW, KIM YS, KONG SW, KWON JS: Patterns of temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 62:637-641, 2001.

¿Cuáles son las perspectivas para el metilfenidato en la próxima década?

■ El metilfenidato (MFD) ha tenido en los últimos diez años el monopolio del mercado de medicamentos psicoestimulantes en el país. Hoy en día, el enfermo que padece el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) no tiene otra opción farmacológica de este grupo de medicamentos.

Sobre el MFD debe recordarse: 1. su administración debe realizarse en varias ocasiones durante el día, pues su vida media efectiva es muy breve, no mayor a cuatro horas; 2. el perfil de efectos colaterales incluye dolores de estómago, cefalea, hiporexia e insomnio, entre otros; 3. al igual que otros estimulantes, afecta la producción de la hormona del crecimiento; 4. se puede abusar de él sin prescripción; y 5. su administración requiere una supervisión de la función hepática.

¿Qué pasaría si se ofreciera en el mercado un estimulante de vida media larga?, es decir, medicamentos de la misma familia que permitieran adecuar la posología con dosis única diaria para los niños y los adolescentes, y sin duda para muchos adultos, para tomarla en casa antes de la escuela o el trabajo y se favoreciera así el apego al tratamiento. Esta opción es real en algunos países con el metilfenidato de acción prolongada, la D, L-anfetamina y con el modafinil.

¿Qué pasaría si se ofreciera en el mercado un medicamento para el TDAH sin los efectos colaterales de los estimulantes? Actualmente, los inhibidores de la recaptura de noradrenalina, e incluso los mixtos serotonina/noradrenalina, como la venlafaxina, la anfebutamona y la reboxetina, entre otros, ya están disponibles en el mercado, pero su estudio en poblaciones pediátricas apenas inicia en otros países. En México no se ha probado su efectividad. La atomoxetina, de los mismos laboratorios que generaron la fluoxetina, pretende competir directamente con el MFD, sin embargo aún no está a la venta, ni siquiera en los Estados Unidos.

¿Qué pasaría si los medicamentos para el tratamiento del TDAH dejaran de tener los riesgos de abuso? Es casi seguro que la sociedad tendría otra visión. Quizá los medios de comunicación dejarían de desinformar y malinformar sobre los “graves riesgos” de tomar estos medicamentos, lo que permitiría que más niños y adolescentes se beneficiaran de un tratamiento oportuno.

Se ha incrementado de forma progresiva y significativa la prescripción de estimulantes en los niños y los adolescentes en los últimos 10 años. El uso de estimulantes en adolescentes aumentó dos veces y media en los EUA entre 1990 y 1995. Los primeros reportes sobre la década de los noventa señalan un aumento de 3.7 veces en el uso de psicotrópicos en general en las poblaciones de niños estadounidenses; los que más aumentaron fueron los estimulantes, clonidina, antidepresivos y litio. En México no contamos con esta información.

Los antidepresivos tricíclicos han dejado de ser incluso la segunda opción en tratamiento del TDAH debido a su alto perfil de efectos colaterales, la necesidad de una estrecha vigilancia cardíaca, los efectos letales en caso de abuso y los reportes de muerte súbita relacionada con su ingesta en población pediátrica.

La clonidina, que es un agonista alfa 2 adrenérgico, se utilizó en población preescolar con TDAH de forma exitosa, e incluso se ha reportado una disminución importante en niños comórbidos con trastorno disocial y tics; su limitante se relaciona con la importante somnolencia que produce.

Parece que recientemente diferentes laboratorios mostraron su interés en otros estimulantes, sobre todo de vida media larga, con proyectos de investigaciones en población mexicana. El compromiso de estas industrias con la salud mental pediátrica sólo podrá evaluarse con la conclusión de los proyectos y distribución de la medicina en el país, lo que por desgracia requiere mucho tiempo. Medicamentos como venlafaxina, reboxetina, anfebutamona y atomoxetina deberán probarse de manera específica en población pediátrica mexicana antes de que sea posible promoverlos como verdaderas segundas opciones, o primeras, según el caso (por ejemplo, adolescentes comórbidos con TDAH y trastorno depresivo mayor).

Mientras esto sucede, parece que aún queda, al menos en la próxima década, tiempo para el MFD. Sería muy bueno que otras marcas pudieran competir y diversificar el mercado. Es fundamental para la sociedad que exista un flujo de información continua sobre los beneficios y los riesgos reales del medicamento, y es tarea de los médicos: psiquiatras, neurólogos y pediatras, unir fuerzas contra las campañas de intolerancia y desinformación contra el MFD, tanto en la radio como en la televisión y los periódicos.

(Francisco de la Peña O., José Antonio García M.)

Bibliografía

MICHELSON D y cols: Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized, placebo controlled, dose-response study. *Pediatrics*, 108:1-14, 2001.
RUGINA TA: Effects of modafinil in children with attention deficit hyperactivity disorder: an open label study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40:230-235, 2001.
DE LA PEÑA F, FLORES M: Estudio abierto de venlafaxina en adolescentes con TDAH y depresión. Reunión Anual de Investigación, Instituto Nacional de Psiquiatría RFM, México, D. F. 2001.

Cambios en la función cerebral de sujetos deprimidos durante el tratamiento con placebo

■ Entre 25% y 60% de los pacientes deprimidos que toman placebo presentan una reducción sustancial de la sintomatología. Se ha propuesto que de 50% a 75% de la eficacia de los antidepresivos se debe al efecto placebo. Se eliminan los antidepresivos nuevos, que no muestran una eficacia superior al placebo. Es difícil demostrar la eficacia de los antidepresivos superiores al placebo debido a la ausencia de resultados psicológicos medibles, pues la medición de la eficacia de los antidepresivos aún se basa en índices afectivos. Las mediciones del funcionamiento cerebral son un indicador psicológico prometedor. Estudios como el TEP y la TC por emisión de fotones simples han demostrado reducciones en la perfusión o en el metabolismo en la corteza prefrontal. Ninguno de estos resultados se ha comparado en sujetos tratados con placebo. En este estudio se utilizó EEG cuantitativo (EEGC) para comparar los cambios en la función cerebral en sujetos con TDM tratados con antidepresivos o con placebo. Se utilizó el EEG tradicional y concordancia (una nueva medición con mayor asociación con la perfusión cerebral, sensible a los efectos antidepresivos).

Método

Sujetos: Se les asignó a uno de dos grupos de estudio farmacológico, doble ciego, placebo, controlados, de 9 semanas. Un grupo utilizó fluoxetina 20 mg (n=27), y otro venlafaxina 150 mg (N=24). Los sujetos fueron adultos con criterios de TDM según el DSM-IV, diagnosticado por entrevista clínica estructurada del DSM-IV; todos con Hamilton de depresión mayor de 16. Se excluyó a quien previamente había fracasado con el antidepresivo utilizado, a quien tuviera historia de ideación suicida o de enfermedad médica, o a quien recibiera tratamiento con medicación con influencia en el SNC.

Procedimiento experimental: Todos los sujetos recibieron primero, por ciego simple, placebo durante una semana; se excluyó a quienes tuvieron HAM-D igual o menor a 10 después de esta semana. Se asignó al azar a los restantes 51 para recibir por doble ciego placebo o medicación durante ocho semanas, con la dosis especificada de cada antidepresivo. Inicialmente al segundo día y después cada semana, los sujetos se evaluaron con HAM-D y tuvieron sesiones breves de terapia. Se consideró respuesta clínica una puntuación en HAM-D igual o menor a 10, después de ocho semanas de tratamiento; en este momento se descubrió el ciego y los sujetos se clasificaron en: respondedores al medicamento (ReM), respondedores al placebo (RP), no respondedores a la medicación (NReM) y no

respondedores al placebo (NRP). Los sujetos se evaluaron según el tiempo de inicio de la respuesta y su duración.

Técnica del EEGC: Las evaluaciones fueron: la basal, al final de la primera semana de placebo y a la segunda, cuarta y octava semanas después del inicio del estudio doble ciego controlado. Se utilizó el sistema extendido internacional de colocación de electrodos, con un total de 35 electrodos. Las grabaciones se realizaron con el sistema QND. El técnico no conocía la identidad, tratamiento ni estado clínico del sujeto; se seleccionaron 20-30 segundos de grabación y el grupo de investigadores la interpretó para obtener la frecuencia relativa del espectro. Con el transformador rápido de Fourier se calculó el poder absoluto y el poder relativo. Se calcularon los valores de concordancia de cada una de las cuatro bandas (la concordancia es una medida derivada del poder EEGC, con una asociación moderadamente fuerte con la perfusión cerebral, medido con PET O). Para cada sujeto se calcularon el poder y la concordancia de cada electrodo en el curso del tratamiento y se comparó de forma estadística. Se seleccionaron las áreas de mayor función y después se limitó el análisis a las frecuencias de banda theta, pues estudios anteriores han demostrado que esta frecuencia es la que se asocia con mayor fuerza a resultados en el tratamiento de la depresión.

Análisis de datos: Se examinó por regiones cerebrales el poder absoluto, relativo y la concordancia del EEGC entre los cuatro grupos de resultados, sin encontrarse diferencias ($p > 0.25$). Posteriormente se hizo el mismo cálculo de cada sujeto para los resultados basales de la segunda, cuarta y octava semanas de tratamiento. Se realizó el análisis de varianza (ANOVA) para cada valor al comparar el grupo de sujetos ReM con cada uno de los otros tres grupos (RP, NRP y NRM).

Resultados

Resultados clínicos: No se encontraron diferencias significativas entre los sujetos que tomaron venlafaxina y los que tomaron fluoxetina, y, debido al alto grado de comparabilidad de ambos grupos, se juntaron los datos. El 52% (13 de 25) de los que recibieron antidepresivo (AD) tuvieron respuesta, así como 38% (10 de 26) de los que recibieron placebo. No hubo diferencia entre los respondedores de ambos grupos en los niveles de depresión, y ambos tuvieron respuesta temprana y sostenida en sus puntuaciones.

Datos del EEGC: el ANOVA no reveló diferencias en los resultados basales. La concordancia mostró un efecto significativo en la región prefrontal, sin diferencia significativa entre los grupos ni en otras regiones cerebrales. Los mapas cerebrales confirmaron la diferencia en la región prefrontal, de manera más prominente en el hemisferio derecho. En la segunda semana, los ReM mostraron un decremento significativo en la concordancia prefrontal, que los diferenció de los otros grupos, diferencia que se resol-

vió parcialmente a las semanas cuarta y octava. A la segunda semana todos los demás grupos mostraron un ligero incremento en la concordancia prefrontal, significativamente diferente a los ReM. A la cuarta semana, la diferencia fue significativamente mayor en los RP, diferencia que se marcó más en la octava semana. Los RP fueron los únicos que mostraron actividad prefrontal, que se incrementó significativamente sobre los niveles basales. Los NReM y los NRP no mostraron cambio significativo de sus valores basales en ningún momento.

Discusión

Este es el primer estudio que compara cambios funcionales documentados entre sujetos tratados con AD y con placebo, y demostró que las diferencias no son fisiológicamente equivalentes, a pesar de que ambos grupos tienen mejoría sintomática. Los hallazgos que muestran disminución de la concordancia prefrontal en sujetos deprimidos son consistentes con otros estudios de respuesta a AD. Este estudio sugiere que altos niveles de perfusión o metabolismo están asociados con los RP. Hay pocas características clínicas para distinguir a los RP de los ReM; el predictor clínico más robusto de los RP es la respuesta pronta, abrupta o no persistente, y en este estudio los RP no fueron respondedores significativamente más rápidos que los ReM. El presente estudio es consistente con otros previos que encuentran diferencias en la función cerebral entre RP y ReM, como una no supresión a la prueba de supresión de dexametasona y una menor respuesta al placebo; otro estudio, que utilizó resonancia magnética por espectroscopía, encontró que los sujetos RP mostraron un decremento en la relación colina-creatina en los ganglios basales, a diferencia de los ReM. Estos resultados ponen en duda dos de las creencias comunes acerca del tratamiento del placebo, la primera de las cuales es que el tratamiento con placebo en el escenario de un estudio de investigación es un tratamiento activo capaz de alterar la fisiología cerebral; y la segunda, que los respondedores al placebo no equivalen de manera funcional a los respondedores a las drogas. Como los RP y ReM deben tener diferentes mecanismos de acción, será importante determinar si alguno de estos resultados se relaciona con cambios que ayuden a comprender cómo un tratamiento con placebo disminuye los síntomas depresivos.

Comentario

Creo yo que el efecto placebo es un fenómeno interesante cuyo estudio compete a la psiquiatría, pues conjunta una respuesta terapéutica fundamentada en un origen psicológico, que tiene efecto sobre trastornos mentales. Es indudable que, con el placebo, en algunos sujetos se logran resultados iguales que con el tratamiento antidepresivo en la reducción de la sintomatología, pero diferentes en cuanto a la neurofisiología implicada. Así, estamos ante dos maneras efectivas y diferentes de tratar la depresión. Aunque

la variante farmacológica sea más efectiva que la sugestiva, puesto que es un requisito para que un fármaco salga al mercado, existe una desigualdad en la valoración placebo-fármaco, puesto que no se conocen los factores que toman parte en la respuesta al placebo y sí se conocen las fórmulas químicas causantes de dicha acción en el SNC; esta incertidumbre se refleja en la heterogeneidad de la respuesta al placebo, que depende de la edad y medio cultural de los pacientes. De este modo, el placebo es un recurso que, si ha recibido el estigma de poco ético y predecible, ha sido por la falta de conocimiento de su mecanismo de acción en el aspecto fisiológico. La importancia de este artículo radica en que aborda los factores etiológicos que participan en la sugestión, lo que es un inicio para entender estos mecanismos fisiológicos y así en un futuro convertirlo en un fenómeno conocido y controlado en beneficio del paciente sin los efectos secundarios de los fármacos. Además, al conocer por igual los efectos tanto del placebo como de los fármacos, se estará en posibilidad de comparar la calidad y durabilidad de cada uno.

(Juan José Cervantes Navarrete)

Bibliografía

LEUCHER AF, COOK IA: Changes in brain function of depressed subjects during treatment with placebo. *Am J Psychiatry*, 159:122-129, 2002.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Director Emérito
Dr. Ramón de la Fuente.

Editor de la publicación
Dr. Gerardo Heinze.

Jefe del Departamento de Publicaciones
Dr. Héctor Pérez-Rincón.

Dirección: Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco
Deleg. Tlalpan, 14370 México, D.F. Teléfono: 5655-28-11.
Fax: 5655-04-11.

Suscripción anual 2002

	Nacional	Extranjero*
Instituciones	\$ 200.00	USD 60.00
Personas físicas	\$ 200.00	USD 50.00
Estudiantes con credencial vigente	\$ 100.00	USD 50.00
Números sueltos o atrasados	\$ 30.00	USD 6.00

* Estos precios incluyen el correo aéreo.

Departamento de Publicaciones:

Norma Vollrath, Mario Aranda Marqués, Ricardo Rubio y Elizabeth Cisneros.

