

Propuestas en torno a la nueva clasificación de los trastornos de la personalidad

■ Con la finalidad de actualizar y modificar la quinta versión de la clasificación de enfermedades mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-V), se han llevado a cabo debates y se han conformado grupos de discusión sobre distintas entidades clínicas. Uno de los grupos más activos en este sentido ha sido el encargado de proponer modificaciones a la actual clasificación de los trastornos de la personalidad. Un reciente artículo de Rottman y colaboradores aporta material importante que ayuda a desarrollar estos debates. Su objetivo fue buscar opciones para mejorar la representación de estos trastornos en la nueva versión del DSM al comparar dos modelos alternativos propuestos. Es claro que la clasificación categórica actual de los trastornos de la personalidad genera limitaciones: coocurrencia excesiva de trastornos, heterogeneidad extrema entre pacientes con el mismo diagnóstico, umbrales arbitrarios para distinguir entre personalidad normal y patológica, y cobertura insuficiente de todos los posibles trastornos. Muchos investigadores clínicos proponen revalorar si el enfoque categórico es el más adecuado. Hay muchas evidencias para sostener esta propuesta: aún seguimos sin contar con marcadores de laboratorio específicos para estas enfermedades; asimismo, los estudios epidemiológicos y clínicos muestran una elevada comorbilidad dentro y entre los ejes diagnósticos, y existe inestabilidad diagnóstica a corto plazo. De hecho, una de las principales discusiones en la elaboración del DSM-V ha sido definir si los trastornos mentales en general están mejor representados por grupos de patología dimensional que por múltiples categorías individuales y, en este sentido, si el campo de los trastornos de la personalidad se ha vuelto el ideal para probar la propuesta. Sin embargo, los modelos dimensionales tampoco son ideales ya que adolecen de ciertas dificultades, la principal de las cuales es que son desconocidos por la mayoría de los clínicos. Por otra parte, la mayoría de los conceptos diagnósticos y terapéuticos en medicina se basan en la conceptualización categórica de las enfermedades.

Con base en las teorías cognitivas, este grupo de investigadores diseñó un estudio para comparar la utilidad clínica de dos enfoques: el centrado en el rasgo o en la variable *versus* el centrado en la persona o en la dimensión sindrómica. El primero aplicó un modelo descriptivo de cinco factores en que los

distintos rasgos individuales de la personalidad se calificaron de acuerdo con el grado en que describen a un paciente dado. En el enfoque centrado en la persona, el paciente se comparó con la descripción prototípica de cierto tipo de personalidad y se calificó el grado de esta comparación descriptiva en una escala dimensional. El estudio consistió en presentar a un grupo de clínicos casos de trastornos de la personalidad, utilizando de manera alterna uno de los dos enfoques. Así, se encontró que los clínicos lograban menos diagnósticos correctos y más incorrectos cuando los casos se les presentaban con el modelo dimensional de los cinco factores. Estos resultados los llevaron a preguntarse cuál sería la utilidad de usar un nuevo sistema clasificatorio si con él se lograba menos certeza diagnóstica que con el modelo previo. Concluyeron que valorar los trastornos por medio de sus rasgos y en ausencia del contexto clínico es una forma demasiada ambigua para ser interpretada correctamente por los clínicos.

La propuesta actual que se encuentra en consideración para evaluar a la personalidad y sus trastornos en el DSM-V tiene la intención de capitalizar las fortalezas de diversos modelos dimensionales propuestos como soluciones a los problemas que se generan por la postura de las categorías. La propuesta se compone de cinco partes: 1. evaluación global del funcionamiento de la personalidad (por el mismo sujeto e interpersonal), que va desde totalmente normal hasta totalmente alterado, 2. descripciones prototípicas de los principales tipos de trastornos de personalidad, 3. valoración de los rasgos de persona-

Contenido

Propuestas en torno a la nueva clasificación de los trastornos de la personalidad	31
La frecuencia de trastornos de personalidad en pacientes psiquiátricos	32
Impacto de la conducta suicida familiar sobre los intentos de suicidio en pacientes deprimidos	33
Antidepresivos y riesgo suicida en adolescentes	33
Efectos adversos de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina	34

lidad basada en los prototipos, pero que también se puede utilizar para describir las características principales de la personalidad en pacientes sin un trastorno de personalidad o bien cuando éste no encaja en ningún prototipo establecido, 4. criterios generales de trastornos de personalidad consistentes en deficiencias graves en la autodiferenciación e integración, y en la capacidad para generar relaciones interpersonales, y 5. medidas de funcionamiento adaptativo.

Las especificaciones y la integración de las partes de este modelo híbrido están sujetas actualmente a análisis y a pruebas de campo con las cuales se evalúan al aplicarlas a pacientes. El reto del grupo de trabajo es formular un sistema que permita ser aplicado a la clínica, y que sea representativo de las características de la personalidad de los pacientes, pero que al mismo tiempo sea razonablemente sencillo para no ser así una carga excesiva que inhiba su uso clínico. Ya que los clínicos tienden a pensar más en términos de aparear prototipos que en términos de recolectar atributos de rasgos, de acuerdo con lo encontrado en el trabajo de Rottman tal vez lo mejor sea presentar rasgos descriptivos en el contexto de narraciones de prototipo. Asociar los rasgos a los prototipos clínicos enfocará la visión del clínico hacia un grupo específico y relevante de elementos básicos, con lo cual obtendrá ventaja tanto de la evaluación dimensional como de la de rasgo. Desde luego, estos elementos deberán analizarse con mayor precisión a fin de definir cuál es la mejor forma de evaluar a la personalidad y su patología.

(Carlos Berlanga)

Bibliografía

ROTTMAN BM, AHN W-K, SANISLOW CA y cols.: Can clinicians recognize DSM-IV personality disorders from Five-Factor Model descriptions of patient cases? *Am J Psychiat*, 166:427-433, 2009.

La frecuencia de trastornos de personalidad en pacientes psiquiátricos

■ Resulta clínicamente importante diagnosticar los trastornos de personalidad (TP) asociados en los pacientes psiquiátricos ya que éstos influyen en la duración, recurrencia y evolución de los padecimientos. Un diagnóstico de personalidad comunica información clínica relevante para el diagnóstico integral y el plan terapéutico. Al evaluar si la comorbilidad diagnóstica se identifica con menor frecuencia durante una evaluación clínica rutinaria que con una entrevista semiestructurada, Zimmerman y Mattia encontraron que más de un tercio de los pacientes entrevistados con la entrevista semiestructurada SCID fue diagnosticado con tres o más trastornos, en contraste con menos de 10% de los pacientes evaluados de manera rutinaria. Estos resultados sugieren que los clínicos no reconocen la comorbilidad diagnóstica en la práctica clínica habitual. Tenney y colaboradores evaluaron 65 pacientes de consulta externa con trastorno obsesivo-compulsivo y encontraron que la valoración clínica habitual identificó un TP en 29% del total de los sujetos, mientras que con la entrevista SCID-II el porcentaje se incrementó a 50.8%.

La validez de las entrevistas semiestructuradas para evaluar los TP ha sido cuestionada debido a que estas entrevistas, que

dependen de preguntas directas para establecer la presencia o ausencia de los criterios de los trastornos, difieren de los métodos que utilizan los clínicos para diagnosticar los TP. En lugar de utilizar preguntas directas en una sola entrevista, los clínicos utilizan típicamente una perspectiva longitudinal para determinar la presencia o ausencia de un trastorno, y sus juicios se basan en las viñetas de la vida real que los pacientes describen durante el curso del tratamiento y la conducta y actitudes que manifiestan durante las sesiones del mismo. Si bien existe controversia en cuanto a cuál es la mejor forma de evaluar los TP, en la actualidad las entrevistas semiestructuradas continúan siendo el método más utilizado en investigación.

El *Manual de Diagnóstico y Estadística* de la Asociación Psiquiátrica Americana (DMS-IV) proporciona criterios para diez TP en el capítulo correspondiente y dos trastornos más en el apéndice que, de acuerdo con su postulación, requieren mayor estudio (trastorno depresivo de la personalidad y trastorno pasivo-agresivo de la personalidad). Además, el trastorno de la personalidad inespecífico puede diagnosticarse en individuos con patología de personalidad significativa que no cumple con todos los criterios para un diagnóstico específico. Por lo tanto, saber con exactitud con qué frecuencia se presentan los TP en pacientes psiquiátricos dependerá de cuáles trastornos se incluyan en la investigación.

Con frecuencia, los estudios de epidemiología clínica no utilizan los mismos métodos de muestreo fino que los estudios epidemiológicos comunitarios. En un trabajo de revisión, los autores identificaron 16 estudios epidemiológicos de TP. Se encontró así que, de los estudios clínico-epidemiológicos con 500 pacientes o más, todos excepto uno utilizaron evaluaciones clínicas no estructuradas. El estudio más grande fue el de Oldham y Skodol, con más de 125000 pacientes (60% de consulta externa) identificados en el sistema de salud mental del Estado de Nueva York. La prevalencia de cualquier TP fue de 11%, cifra muy similar a lo documentado en otros estudios epidemiológicos.

El proyecto MIDAS (Rhode Island Methods to Improve Diagnostic Assessment and Services) es el estudio epidemiológico clínico más grande efectuado hasta la fecha. Con el uso de entrevistas semiestructuradas, este estudio ha evaluado una amplia gama de trastornos psiquiátricos en la práctica clínica general de consulta externa. Los autores administraron la entrevista SCID-IV completa a 859 pacientes y encontraron que los diagnósticos más frecuentes fueron los siguientes: trastorno depresivo mayor (47.9%), fobia social (26.5%), trastorno de ansiedad generalizada (17.5%) y trastorno de pánico (17.0%). Menos de un tercio de los pacientes fue diagnosticado con alguno de los diez trastornos de personalidad (31.4%, $n = 270$). Cuando se incluyó a sujetos con trastorno de personalidad inespecífico, la frecuencia de TP aumentó a casi la mitad de la muestra (45.5%, $n = 391$). De los 270 sujetos con criterios para un TP específico, 60.4% tenían más de un trastorno y 25.2% tuvieron dos o más. El TP más frecuente fue el trastorno por evitación (14.7%). Este TP y el trastorno de la personalidad inespecífico fueron los únicos diagnósticos encontrados en más de 10% de los sujetos. Los TP histriónico y por evitación fueron los más diagnosticados de manera individual. Los resultados del proyecto MIDAS indican que los TP son frecuentes en el servicio de la consulta externa de psiquiatría.

Otros aspectos que influyen en la prevalencia de los TP son: el momento en que se realiza la evaluación, la presencia de trastornos del eje I, la fuente de información y el instrumento utilizado para arribar al diagnóstico. Esto genera dudas sobre la generalización de los resultados del proyecto MIDAS o de

cualquier otro estudio similar. Los estudios que utilizan entrevistas estandarizadas encuentran un TP en casi la mitad de los pacientes. Por lo tanto, la frecuencia de los TP es alta y los clínicos deben estar alertas ante su presencia debido al impacto potencial en la planificación del tratamiento y en el pronóstico.

(Mónica del Río Cabrero)

Bibliografía

ZIMMERMAN M, CHELMINSKI I, YOUNG D: The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatr Clin North Am*, 31:405-420, 2008.

Impacto de la conducta suicida familiar sobre los intentos de suicidio en pacientes deprimidos

■ Las investigaciones en el campo del suicidio sugieren que las personas con una historia familiar de conducta suicida corren mayor riesgo de llevar a cabo intentos en algún momento de la vida. La relación entre una historia familiar de suicidio y la conducta del suicida potencial es particularmente consistente cuando se incluye a familiares en primero y segundo grados. Asimismo, se calcula que alrededor de un cuarto de los sujetos con intentos de suicidio cuenta con antecedentes familiares de suicidios consumados. No obstante, muy pocos estudios se han enfocado en determinar otros posibles efectos de la historia familiar de la conducta suicida, tales como si mantienen o no una relación con el nivel de gravedad o letalidad de los intentos. La información proveniente de los estudios al respecto es difícil de interpretar debido a que muchos de ellos incluyen a sujetos con distintos tipos de diagnósticos, otros se enfocan sólo en adolescentes y adultos jóvenes y otros más incluyen todo tipo de familiar biológico sin considerar el grado. El impacto del antecedente familiar puede variar de acuerdo con el grado de parentesco y por lo tanto no sería aplicable a todo tipo de relación familiar. Por ejemplo, muchos estudios no pueden generalizarse a adultos con depresión y con historia familiar de suicidio en parientes en primer grado. Por consiguiente, este grupo de investigadores decidió determinar el nivel de gravedad de los intentos suicidas en un grupo de adultos deprimidos. Su objetivo fue determinar si tener una historia familiar de conducta suicida en parientes de primer grado modificaba la gravedad del intento suicida en un grupo de adultos con diagnóstico de depresión mayor. Su hipótesis fue que quienes tuviesen una historia familiar positiva tendrían un mayor número de intentos previos, primeros intentos a edades más tempranas y una mayor letalidad de los mismos.

La muestra se conformó con 190 participantes voluntarios entre 18 y 75 años de edad, que tenían antecedentes de intento de suicidio, además de un diagnóstico de depresión mayor identificado por una entrevista estructurada. Se excluyó a quienes presentaran abuso y/o dependencia a alcohol o a otras sustancias, o bien que sufrieran alguna enfermedad general no controlada. Se definió como intento de suicidio cualquier conducta de autodaño llevada a cabo con la finalidad de terminar con la vida. El grado de letalidad se determinó por medio de una esca-

la para ese propósito (Escala de Beck de Letalidad), se registró el número de intentos a lo largo de la vida y la edad en que se llevó a cabo el primero de ellos. La edad promedio de los sujetos fue de 35.8 años; la mayoría fueron mujeres (65.8%) y tenían al menos un nivel medio de educación. Más de la mitad estaban casados y tenían algún empleo. El 25% tenían antecedentes familiares de intentos de suicidio. Los resultados encontrados confirman, al igual que otros estudios, que contar con antecedentes familiares de suicidio predice en forma significativa el número de intentos. En este sentido, al comparar a sujetos con intentos múltiples contra los que sólo tenían uno, se encontró que los primeros tienen con mayor frecuencia antecedentes familiares.

De este modo, la pregunta que surge es ¿cuál es la razón por la que los pacientes deprimidos con antecedentes familiares de suicidio tienen un patrón de conducta suicida recurrente? Los autores especulan que la causa se relaciona con los rasgos de impulsividad y agresividad que de alguna manera son heredados. Otra posible explicación es que la transmisión heredada de la conducta suicida puede estar mediada por imitación conductual. De esta manera, los sujetos con familiares suicidas aprenden alternativas muy limitadas de confrontación y tienen poca capacidad para la resolución de conflictos. En este estudio, los niveles altos de agresión y los bajos niveles de impulsividad fueron factores de predicción del nivel de letalidad de los intentos. Es posible que los individuos más impulsivos planeen menos los intentos y por consiguiente éstos sean menos letales. Además, se encontró que cuanto mayor era el nivel de impulsividad, el primer intento sucedía a edades más tempranas. El trabajo se complementó con la administración de un inventario para evaluar la presencia de razones para vivir. De acuerdo con este inventario, tener una calificación baja propicia que pensar en el suicidio sea una alternativa aceptable. Quienes califican alto tienen más temor a la muerte y a ser rechazados socialmente por su conducta. Los resultados obtenidos con este instrumento demostraron que, cuanto mayores eran las actitudes de aceptación de la muerte, había mayor número de intentos de suicidio.

Los autores concluyen que sus resultados generan las bases para el desarrollo de estudios ulteriores que identifiquen las características específicas de los sujetos con intentos de suicidio y antecedentes familiares positivos. Con el fin de generar programas de prevención y de intervención, se deberán identificar también los mediadores psicológicos potenciales de la transmisión familiar de esta conducta. Entre estos mediadores deberán considerarse los patrones de comunicación, la naturaleza de las relaciones interpersonales y las estrategias de confrontación de problemas.

(Gabriela Villarreal)

Bibliografía

LIZARDI D, SHER I, SULLIVAN GM y cols.: Association between familial suicidal behavior and frequency of attempts among depressed suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand*, 119:406-410, 2009.

Antidepresivos y riesgo suicida en adolescentes

■ La conducta autolesiva afecta a miles de adolescentes cada año. La aparición de un estudio de meta-análisis, que mostró que un incremento en la incidencia de conducta suicida en los

adolescentes se relacionaba con la prescripción de antidepresivos, generó alarma al respecto y llevó a que las autoridades gubernamentales de salud emitieran advertencias sanitarias. El resultado fue que en los años posteriores se redujo en todo el mundo la prescripción de antidepresivos a adolescentes y se incrementaron las tasas de suicidio. No se ha aclarado aún si existe o no una relación directa entre estos fenómenos; además, es difícil contar con información que identifique qué sujetos están en riesgo con la finalidad de evitar que usen estos fármacos. Un grupo de investigadores intentó resolver el problema diseñando un estudio denominado «Tratamiento de adolescentes deprimidos resistentes a los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS)» (TORDIA). En un artículo previo, este grupo publicó resultados importantes al respecto. Un total de 334 adolescentes, que no habían respondido previamente a un tratamiento de 12 semanas con algún ISRS, fue asignado aleatoriamente a recibir un ISRS diferente al anterior o bien venlafaxina, a lo que se agregó también aleatoriamente una terapia-cognitivo conductual (TCC). Más de 60% de los que ingresaron contaban con ideación suicida previamente establecida y otros más la desarrollaron en las primeras fases del estudio. En un siguiente artículo, los autores tratan de identificar elementos de predicción de esta conducta y, de ser posible, establecer una relación entre estos eventos adversos y la idea o la conducta suicida. Los eventos adversos se identificaron por reportes espontáneos en los primeros 181 adolescentes; en los 153 restantes se aplicó una evaluación semanal de manera sistemática. Esto permitió comparar las dos estrategias. Los eventos autolesivos registrados no sólo incluyeron pensamientos y conducta suicida, sino también conductas de autodaño sin ideación suicida. Estas últimas se definieron como toda conducta de daño físico (cortadas, rasguños, quemaduras de piel, etc.), pero sin el deseo explícito o implícito de morir, sino el de buscar alivio ante las emociones negativas o bien buscar apoyo social.

Los dos diferentes métodos de obtener la información (espontánea y sistemática) y la inclusión de autolesiones sin fines de suicidio generaron información sobre eventos adversos que de otra manera se hubiera perdido. La evaluación sistemática contrastada con el reporte espontáneo produjo porcentajes mayores de presencia de eventos adversos tanto con ideación suicida (20.8 vs. 8.8%) como sin ella (17.6 vs. 2.2%). Sin embargo, cuando los datos se limitaron sólo a la inclusión de eventos graves (los que requirieron hospitalización o que pusieron en riesgo la vida, o cuyo desenlace fue la muerte), la diferencia no fue importante (8.4 vs. 7.3%). Esta información podría hacer pensar que los eventos no graves detectados por el monitoreo sistemático carecen de relevancia clínica, ya que su detección no redujo la tasa de eventos riesgosos para la vida. Sin embargo, la aportación de la evaluación sistemática temprana consiste en que aumenta las oportunidades de detectar sujetos con riesgo elevado y evitar evoluciones a etapas críticas. Dada su vulnerabilidad detectada, con estos pacientes se deberán implementar estrategias farmacológicas y psicoterapéuticas dirigidas a reducir el riesgo potencial.

El estudio también genera aportaciones importantes con respecto a los efectos de diferentes intervenciones farmacológicas. No se encontró que algún fármaco en particular incrementara más que otros la conducta suicida. No obstante, la venlafaxina, comparada con los ISRS, generó más conducta de autodaño en los adolescentes con historia previa de ideación suicida (37.2 vs. 23.2%). De manera inesperada, se encontró que el uso adicional de benzodiacepinas incrementó notoriamente la conducta de autodaño con y sin ideación suicida. La explicación de esta relación aún está pendiente y los autores conside-

ran hacer un análisis más detallado de las características particulares de estos pacientes. Además, el incremento se debió a que uno solo de los centros participantes en el reclutamiento de pacientes aportó casi 80% de estos casos. La TCC se asoció a la aparición temprana de eventos de autodaño no suicidas. Esto lo atribuyen los autores a que en estos sujetos hubo un monitoreo más cercano y un contacto más frecuente por la calendarización de las visitas. Sin embargo, también existe la posibilidad de que el aumento se diera debido a que la TCC no abordó los problemas de las comunicaciones entre compañeros, lo que se asocia a una mayor incidencia de auto lesiones sin ideación suicida.

Éste es un estudio que, a pesar de tener un diseño adecuado, no resuelve por completo las incógnitas de si los antidepresivos generan o no mayor ideación suicida ni de en quiénes se presenta este fenómeno. No obstante, sus aportaciones permiten conocer un poco más acerca de este problema. Incluir a sujetos con resistencia previa y con conducta autolesiva, con y sin ideación suicida, genera una muestra más representativa de lo que habitualmente ve el clínico en su práctica. También aporta el concepto de la importancia de llevar a cabo una valoración sistemática en estos sujetos con respecto al suicidio y a la provocación de daño físico. Contar con estos antecedentes es un predictor temprano de que esta conducta se puede repetir. Los adolescentes con antecedentes de eventos adversos, que además tengan dificultades familiares o con su grupo social y consuman alcohol o drogas, requieren atención particular. El uso de venlafaxina y de benzodiacepinas se deberá vigilar rigurosamente también en pacientes con historia de eventos previos. Estudios como este aportan información al clínico para normar un criterio adecuado del manejo de antidepresivos en adolescentes en riesgo. Esto permitirá no evitar su uso en aquellos casos que, ameritándolo, se les restrinja por un temor infundado.

(Rafael López)

Bibliografía

BRENT DA, EMSLIE GJ, CLARKE GN y cols.: Predictors of spontaneous and systematically assessed suicidal adverse events in the treatment of SSRI-resistant depression in adolescents (TORDIA) study. *Am J Psychiatr*, 166:418-426, 2009.

Efectos adversos de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina

■ Aunque niños y adolescentes toleran bastante bien los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), muchos padres y clínicos se sienten inseguros ante su prescripción, dada la inquietud acerca de los efectos adversos (EA). Aun cuando la metodología y terminología para manejar a estos efectos no se han estandarizado en los ensayos clínicos, entre 3 y 12% de los jóvenes abandonan el tratamiento por esa causa. Los EA que con mayor frecuencia llevan a cambiar la medicación son los neuropsiquiátricos, como activación conductual, enuresis, temblor, tics, apatía y sedación. El síndrome de activación conductual consiste en un empeoramiento del cuadro clínico y una presencia de hiperactividad o impulsividad; se pre-

senta con mayor frecuencia en las dos primeras semanas de tratamiento y depende de la dosis. Implica una toxicidad conductual debida a los efectos energizantes de los fármacos y es difícil distinguirlo de la acatisia. Por otra parte, se requiere establecer un diagnóstico diferencial con la inducción de manía con antidepresivos en individuos susceptibles. Ésta se puede reconocer por distintas características cualitativas que incluyen euforia, grandiosidad e hipersexualidad. Durante el periodo de activación conductual, los jóvenes presentan mayor riesgo de actuar impulsivamente y causar daño a ellos mismos o a otros. La vigilancia de estos síntomas es crítica en las primeras semanas de tratamiento. Afortunadamente, los síntomas de la activación se abaten después de disminuir la dosis o de discontinuar la medicación. El síndrome frontal amotivacional, por el contrario, se caracteriza por apatía, aplanamiento afectivo y olvidos. Habitualmente, se presenta después de varios meses de tratamiento con ISRS. Se observa con mayor frecuencia a dosis altas y suele no reducirse con el tiempo. No deberá confundirse con un retorno de los síntomas y se deberá evitar incrementar las dosis, ya que en estos casos lo aconsejable es reducirlas.

La observación derivada de un buen número de ensayos clínicos, con respecto a un ligero aumento en el riesgo de ideación suicida con el uso de antidepresivos, dio por resultado un debate intenso acerca del posible papel de la activación inducida por la medicación en esta conducta. Aunque existen riesgos relativos relacionados con el uso de antidepresivos sin vigilancia adecuada o con dosis agresivas, el riesgo es mayor si la depresión no se atiende. En lo referente a la eficacia, de 15 ensayos clínicos presentados ante la FDA para depresión pediátrica, sólo tres demostraron superioridad sobre el placebo. La fluoxetina mostró la superioridad más consistente y es el único aprobado por la FDA para depresión pediátrica. Sin embargo, un ensayo clínico con citalopram generó resultados positivos y también la sertralina ha demostrado respuestas favorables. Todos los ensayos con fluoxetina, sertralina y fluvoxamina en pacientes con TOC pediátrico han resultado positivos.

Los trastornos comórbidos pueden volverse aparentes después del tratamiento satisfactorio con ISRS; este aspecto puede frustrar el abordaje terapéutico si no se le presta la atención debida. Así, puede ocurrir que se confunda un síntoma comórbido con un efecto adverso. Un niño pudo haber estado tan deprimido o ansioso que los síntomas enmascararon a otros relacionados con trastornos comórbidos, como el trastorno por déficit de atención o bien otros trastornos de conducta. La susceptibilidad individual para los efectos adversos de los ISRS puede observarse en cuanto a las interacciones medicamentosas. En un estudio de adultos se documentó que un polimorfismo en el gen transportador de serotonina confiere un mayor riesgo de efectos secundarios al tratamiento con ISRS. Recientemente se han identificado dos genes, GRIA3 Y GRIK2, que corresponden a un mayor riesgo para desarrollar pensamientos de suicidio durante el tratamiento con citalopram. La psicoterapia en el manejo de la depresión, de manera adicional al tratamiento con ISRS, puede

reducir la incidencia y atenuar la magnitud de los efectos secundarios que pudieran conducir a la suicidalidad. En un estudio se documentó que el riesgo de suicidio se reducía a la mitad en los pacientes con terapia cognitivo-conductual concomitante al ISRS. Esta modalidad terapéutica puede proporcionar un efecto protector contra el suicidio. Los pacientes que son metabolizadores lentos pueden tener una depuración reducida del fármaco, lo que resulta en niveles plasmáticos elevados y mayores EA. Las variantes farmacodinámica o farmacocinética pueden contribuir a reacciones idiosincrásicas. Los factores farmacocinéticos responsables de los EA pueden controlarse disminuyendo la dosis o seleccionando un agente distinto. Es posible que ocurra un síndrome serotoninérgico si se asocian varios agentes serotoninérgicos. El cuadro consiste en agitación, náusea, vómito, diarrea, escalofríos, fiebre, confusión, mareo y diaforesis; estos síntomas generalmente desaparecen al suspender el medicamento. La discontinuación abrupta de los ISRS puede provocar un síndrome de supresión, el cual ocurre más frecuentemente con antidepresivos de vida media corta. Para evitar este síndrome, se recomienda disminuir las dosis en forma progresiva.

Si bien las manifestaciones mencionadas son las más serias, afortunadamente son las menos frecuentes. El perfil más común de EA es en general favorable, siendo los efectos más frecuentes la cefalea leve al inicio del tratamiento y síntomas gastrointestinales. Estos últimos son habitualmente transitorios y responden rápidamente al disminuir la dosis o con la toma del medicamento durante la comida. Los ISRS inducen disfunción sexual con una incidencia estimada de 30-40%; los efectos adversos sexuales reportados con más frecuencia son pérdida del interés, anorgasmia y pérdida de la excitación física (disfunción eréctil en hombres y falta de lubricación en las mujeres). En lo referente a efectos adversos endocrinos, la mayoría de los ISRS son neutrales en cuanto al aumento o disminución de peso corporal. Una pequeña serie de casos sugiere cambios en la velocidad de crecimiento inducidos por ISRS. Sin embargo, se requieren más estudios para delinear mejor las alteraciones en los patrones del crecimiento. Los fármacos más potentes para inhibir la recaptura de serotonina –fluoxetina, paroxetina y sertralina– se han asociado más con el sangrado anormal y con la modificación de marcadores hemostáticos. Los beneficios de los antidepresivos sobrepasan por mucho los riesgos, aunque la comparación de la proporción riesgo-beneficio varía en función de la indicación, edad, cronicidad y condiciones de tratamiento. Se necesita más investigación, sobre todo en niños y adolescentes, y en áreas como la farmacogenómica, la evaluación de efectos adversos y el impacto de los ISRS a largo plazo sobre el crecimiento y desarrollo.

(Mónica del Río Cabrero)

Bibliografía

MURPHY TK, SEGARRA A, STORCH EA y cols.: SSRI adverse events: how to monitor and manage. *Int Rev Psychiatr*, 20: 203-208, 2008.

EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
Programa AGOSTO 2009
CURSOS PARA PSIQUIATRAS Y OTROS PROFESIONISTAS

Nombre del curso	Coordinación	Fechas	Modalidad
Nuevos conceptos sobre la estructura anatómica del Sistema Límbico: Sus aplicaciones para la psiquiatría y las neurociencias en general	Dr. Juan Valadez	Agosto 5 al 7	Presencial
Actualización en urgencias psiquiátricas	Dr. Alejandro Molina	Agosto 10 al 14	Presencial
Actualización en psiquiatría	Dr. Gerhard Heinze	Agosto 17 al 21	Presencial
Curso-Taller: Electroencefalografía, mapeo cerebral y polisomnografía en neuropsiquiatría	Dr. Germán Raphael	Agosto 24 al 26	Presencial

CURSOS PARA PERSONAL DE SALUD

Nombre del curso	Coordinación	Fechas	Modalidad
Salud mental y psicopatología en la mujer	Dra. Martha Ontiveros	Agosto 3 al 5	Presencial
Intervención de enfermería en el paciente con personalidad límite y/o difícil	Mtra. Ma. Navora Camarillo	Agosto 5, 12 y 19	Presencial

CURSOS DE ADIESTRAMIENTO

Nombre del curso	Coordinación	Fechas	Modalidad
Trabajo social en el ámbito de la psiquiatría y salud mental	Lic. T.S.P. Cintya Andía Garviza	Agosto 10, 2009 a julio 10, 2010	Presencial
Psicología clínica y de la salud	Lic. Claudia Ramírez Ávila	Agosto 17, 2009 a julio 1ª, 2010	Presencial

CURSOS DE INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Nombre del curso	Coordinación	Fechas	Modalidad
Subsistencia infantil en la calle y drogas. Organizando una intervención	Lic. Rafael Gutiérrez Lic. Leticia Vega	Agosto 3 a septiembre 4	En línea
Adolescentes, salud mental y adicciones. Trastornos internalizados	Dr. Lino Palacios Dra. Liz Sosa	Agosto 15 a septiembre 25	En línea

VIDEOCONFERENCIAS

Nombre del curso	Coordinación	Fechas	Hora
Trastornos de la sexualidad	Dr. Iván Arango	Agosto 5	10:00 - 11:30 a.m.
Envejecimiento y melatonina	Dra. Gloria Benítez King	Agosto 19	10:00 - 11:30 a.m.

INFORMES E INSCRIPCIONES
Dirección de Enseñanza
Tels.: (55) 4160 5119, 4160 5118, 5160 5137

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Fundador
Dr. Ramón de la Fuente

Editor de la publicación
Dr. Carlos Berlanga

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,
Constanza Pérez Reyes

