



INSTITUTO NACIONAL
DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE

Información

Clínica

Volumen 19

Número 1

Enero 2008

El efecto de las creencias de los pacientes bipolares sobre la adhesión terapéutica

■ Ya se había documentado en varios estudios clínicos que los pacientes con trastorno bipolar aceptan menos su medicamento en la medida en que no creen en su diagnóstico. Esta evidencia fue corroborada en un estudio de tipo cualitativo recientemente publicado. Clatworthy y colaboradores, de la Universidad de Londres, encontraron que las percepciones de los pacientes con respecto a diversos aspectos de su enfermedad, afectan su adhesión al tratamiento. El trabajo generó esta información evaluando a 16 sujetos diagnosticados con trastorno bipolar y tratados en la consulta externa de un centro hospitalario, a quienes se les prescribieron diversos tipos de medicamentos de manera profiláctica con la finalidad de lograr una estabilización del ánimo. Los investigadores entrevistaron a los pacientes para conocer cuáles eran sus percepciones personales (ideas, creencias, aceptación, etc) en relación con el diagnóstico que se les había dado y el tratamiento que estaban recibiendo. Algunos de ellos cuestionaron que el diagnóstico fuera el correcto, mientras que otros negaron que se tratara de una enfermedad crónica. No considerar la enfermedad como una condición patológica de presentación cíclica, también afectó el apego de los pacientes a los tratamientos indicados por los médicos. La mayoría de los sujetos consideraron que la medicación debería tomarse exclusivamente durante los periodos agudos de la enfermedad, negándose a aceptar la continuación del tratamiento durante las fases interepisódicas. Por el contrario, aquellos que consideraban que los tratamientos les habían ayudado al control de su padecimiento, mantenían un mayor apego terapéutico a largo plazo. Otros aspectos que redundaron en un pobre seguimiento de la medicación prescrita, fueron: no tener fe en las medicinas o bien, considerar que éstas generaban un control indeseable sobre otros aspectos de sus vidas fuera de la enfermedad. Varios de los participantes aceptaron que ellos mismos reducían las dosis de medicación debido a que les generaban efectos molestos de tipo físico. Muchos de ellos, además, mostraron preocupación sobre los riesgos

que se pudieran presentar a largo plazo si continuaban recibiendo los fármacos. De manera particular, se encontró que los que tomaban con menor frecuencia su medicación, tenían la percepción de que ésta les hacía sentir fenómenos de irrealidad y la manifestaban diciendo que «no eran ellos mismos». Otras de las causas expresadas para justificar no seguir la prescripción era la sensación de limitación en aspectos de productividad y creatividad.

Los autores consideran que la información generada en su trabajo sugiere que es de gran importancia abordar los aspectos de percepción de la enfermedad bipolar y su manejo, si el clínico quiere mejorar el apego de sus pacientes a los tratamientos.

Este tipo de estudios, que cada vez aparecen con mayor frecuencia en la bibliografía médica, acentúan un aspecto que muchas veces es olvidado por los clínicos: preguntar a sus enfermos qué piensan de su enfermedad y de los medicamentos. Si bien estos hallazgos se refieren en esta ocasión a pacientes con trastorno bipolar, la información puede fácilmente extrapolarse a muchas otras enfermedades mentales en general, así como enfermedades físicas de tipo crónico degenerativo en particular.

(Ingrid Vargas Huicochea)

Contenido

El efecto de las creencias de los pacientes bipolares sobre la adhesión terapéutica	1
Consideraciones éticas en neurociencias. Segunda parte	2
Hallazgos genéticos en la ideación suicida asociada al tratamiento antidepresivo	3
Predicción de la esquizofrenia por medio de la detección de anomalías observadas en la resonancia magnética cerebral	4
Antipsicóticos como alternativa a combinar con los antidepresivos en las depresiones resistentes	4
Factores socioculturales y vías de atención a la salud de quienes están a cargo de pacientes afectados por psicosis temprana	5

Bibliografía

CLATWORTHY J, BOWSKILL R, RANK T y cols.: Adherence to medication in bipolar disorder: A qualitative study exploring the role of patients' beliefs about the condition and its treatment. *Bipolar Disord*, 9: 656-664, 2007.

Consideraciones éticas en neurociencias. Segunda parte

■ La tendencia cada vez mayor de localizar trastornos mentales en el cerebro ha favorecido la participación en esta tarea de la neurocirugía, de la estimulación cerebral profunda y hasta de las neuroprótesis que sustituyen defectos en vías sensoriales. Esta conjetura abre perspectivas futuras ambiguas incluyendo el desarrollo de las interfases cerebro-computadora para el control robótico, además de la generación de implantes que amplifiquen nuestros sentidos e inteligencia; finalmente, se podría llegar a la comunicación directa cerebro-a-cerebro.

Las intervenciones técnicas en el cerebro producen especial preocupación, particularmente con respecto a la identidad y voluntad de la persona, ya que con las diferentes intervenciones descritas es factible producir efectos sobre la conducta y personalidad de los sujetos. Por otra parte, la investigación sobre el desarrollo electrónico del cerebro conjura panoramas siniestros que implican el control de la mente, la generación de cerebros híbridos y de los organismos cibernéticos denominados *cyborgs*.

Los conceptos reduccionistas del problema mente-cuerpo y del sí mismo, plantean preguntas éticas serias: ¿La atribución de responsabilidad personal puede reconciliarse con los procesos neurobiológicos correlacionados del cerebro? ¿Debemos tratar los trastornos mentales simplemente como enfermedades del cerebro? ¿Las nociones tradicionales de la unidad y de la autonomía de la persona se pueden mantener frente a los cuestionamientos que se generan desde la perspectiva de las neurociencias? ¿El sí mismo es solamente una ilusión producida por el cerebro?

Una noción básica de la voluntad libre es esencial para nuestro concepto de seres humanos y para nuestros sistemas jurídicos. Las acciones libres son caracterizadas por que: a) son explicables por sus razones o motivos, b) se experimentan como el autor de la acción, y c) generan su capacidad al acto de manera diferente bajo circunstancias externas iguales. La investigación neurocientífica parece demostrar que estas explicaciones son ilusorias. Como procesos físicos, las funciones del cerebro subyacentes a nuestras acciones deben ser determinadas totalmente por factores causales. Se concluye que la experiencia de querer hacer algo es solamente una atribución retrospectiva de causalidad a nuestros pensamientos, mientras que las causas reales deben ser encontradas en los mecanismos neurales sub-personales.

Existe otra objeción al neurodeterminismo que es menos motivada por la fenomenología que por la ética psiquiátrica. La voluntad libre es una experiencia de primera persona que se restringe, en mayor o menor grado, en muchos trastornos mentales. La restitución de la autonomía es el objetivo primordial de las diferentes intervenciones terapéuticas, la atribución de la responsabilidad y la libertad son factores esenciales de la eficacia.

Es probable que el conocimiento de las relaciones entre la mente y el cerebro puedan afectar nuestros conceptos de enfermedad mental de diversas maneras, y que éstas podrían ser descritas en términos de medicación (dominio sobre enfermedad), de localización (estructura y actividad metabólica específicas) y del reduccionismo.

La proyección de imágenes y otros métodos aplicados por las neurociencias, tienden a dar vuelta a la experiencia vivida y a los procesos dinámicos como cosa u objeto. Este desarrollo favorece los conceptos reduccionistas, por ejemplo considerar a la depresión sólo como un «desequilibrio químico». No obstante, tales explicaciones son inadecuadas dada la complejidad causal de los trastornos mentales.

Otra consideración ética es la exoneración de la responsabilidad contra uno mismo. El modelo biológico acentúa la naturaleza fisiológica de los trastornos de los pacientes, con la finalidad de reducir su estigma moral. Por otra parte, puede inducirle a que confíe solamente en el conocimiento experto y debilite así sus propios esfuerzos de superar su enfermedad.

Cada vez más, se están investigando los correlatos neurales de las funciones relacionadas con el sí mismo (timidez corporal, auto-reflexión, empatía, personalidad). El sí mismo no es una entidad que se pueda localizar físicamente, sino que es un proceso dinámico (pasado-futuro) de superación hacia el mundo y a otros, relacionándose de manera significativa. Estas asociaciones no podemos encontrarlas en datos de neuroimagen.

Finalmente, un concepto no reduccionista del sí mismo parece imprescindible para la psiquiatría. Después de todo, la experiencia del sí mismo del paciente es el punto de partida del diagnóstico y el blanco de la terapia.

Con estas reflexiones se concluye que las técnicas para monitorizar y manipular funciones cerebrales se están desarrollando de manera rápida. Todavía desconocemos cómo funcionan los diversos sistemas del cerebro o qué anomalía particular antecede a la psicopatología. Asimismo, desconocemos con exactitud si una intervención puede afectar creencias, deseos, intenciones y emociones que constituyen la mente humana.

Por otra parte, la tensión que se genera entre la visión tradicional intuitiva o religiosa de las personas y la visión de las neurociencias de una «mente física», podría tener consecuencias sociales y culturales de gran envergadura. Estos conceptos llevan a desafiar a los neurocientíficos a explicar el significado de su trabajo no sólo en términos científicos sino también morales. En este contexto, los psiquiatras podrían desempeñar un papel importante en identificar las consideraciones éticas planteadas por el progreso neurocientífico para disminuir la brecha entre el nivel biológico y personal tanto en sus decisiones como

en la comunicación con sus pacientes. Asimismo, será importante desarrollar y apoyar una visión integradora de la relación mente-cerebro, siendo conscientes que no únicamente tratamos cerebros, sino personas.

(Josué Alberto Vásquez Medina,
Juan Manuel Saucedo)

Bibliografía

FUCHS T: Ethical in neuroscience. *Curr Opin Psychiatry*, 19:600-607, 2006.

Hallazgos genéticos en la ideación suicida asociada al tratamiento antidepresivo

■ La ideación suicida es un síntoma que en ciertos pacientes deprimidos emerge o se exacerba durante las primeras etapas del tratamiento farmacológico con antidepresivos. Las causas de este fenómeno se desconocen, por lo que se considera de gran importancia encontrar marcadores biológicos que puedan identificar a aquellos sujetos que tengan este riesgo ya que, al parecer, clínicamente son indistinguibles. La finalidad sería proporcionarles un seguimiento más cercano, o bien algún tipo de tratamiento alternativo al farmacológico. A partir de la información obtenida en el proyecto conocido como Tratamientos Alternativos Secuenciales para Aliviar a la Depresión (STAR*D), se efectuaron dos estudios con la finalidad de buscar si existen marcadores genéticos de este riesgo.

En el primero de estos trabajos, una cohorte clínicamente representativa de pacientes externos con depresión mayor que participaron en el estudio STAR*D, y que recibieron el antidepresivo citalopram, fueron evaluados durante 14 semanas. Se obtuvieron muestras de ADN de 1915 participantes y se hizo el genotipo para 768 polimorfismos de nucleótido único (SNP) en 68 genes candidatos. Los alelos y las frecuencias del genotipo se compararon entre 120 participantes que presentaron emergencia de ideación suicida en las etapas iniciales del tratamiento, contra quienes no la presentaron. Los resultados mostraron que dos marcadores se asociaron en forma significativa con la ideación suicida emergente durante el tratamiento: el marcador rs-4825476, $p = 0.0000784$, razón de momios = 1.94, permutación $p = 0.01$; y el marcador rs2518221, $p = 0.0000243$, razón de momios = 8.23, permutación $p = 0.003$. Estos marcadores se ubicaron en los genes GRIA3 y GRIK2 respectivamente, y ambos codifican los receptores ionotrópicos de glutamato. Los autores consideran que si estos hallazgos se reproducen, podrían ser de utilidad para identificar a los pacientes con riesgo elevado de desarrollar este efecto durante el tratamiento.

En el segundo trabajo efectuado, también con participantes del estudio STAR*D, un pequeño subgrupo de pacientes deprimidos que presentaron por primera vez pen-

samientos o conducta suicida o la exacerbación de éstos durante el tratamiento antidepresivo, fueron genéticamente evaluados. Debido a que la proteína del elemento de unión de respuesta del adenosinmonofosfato (CREB) se ha relacionado tanto con los mecanismos de acción antidepresiva como con el suicidio, el gen CREB 1 representa un posible factor de riesgo para la ideación suicida emergente durante el tratamiento.

Adicionalmente, algunos estudios de polimorfismos del gen de esta proteína han encontrado asociación en sujetos masculinos deprimidos con niveles elevados de agresividad. Por lo tanto, los autores del estudio examinaron los polimorfismos del CREB 1 en relación con la presencia o ausencia de ideación suicida emergente durante el tratamiento con citalopram.

Por medio de un diseño de casos y controles, identificaron a pacientes que recibieron el antidepresivo y que a lo largo de 12 semanas de tratamiento presentaron la aparición de ideación suicida. Se obtuvieron muestras de ADN y se compararon con sujetos con el mismo tratamiento pero que no presentaron la ideación suicida.

La ideación suicida emergente se definió como una puntuación ≥ 2 en el apartado de ideación suicida, en una escala clínica de sintomatología depresiva. De un total de 1447 participantes, 124 (8.6%) presentaron ideación suicida emergente reportada al menos en una visita subsecuente. Estos sujetos se compararon con 1324 pacientes que no tuvieron la presencia de este mismo factor. Examinaron un total de cinco SNP, los cuales no tuvieron asociación alguna con la presencia de ideación suicida. Sin embargo, dos de ellos mostraron interacción con la ideación cuando fueron analizados de acuerdo al sexo. Entre los 539 sujetos masculinos que conformaban la muestra, estos dos SNP y dos más de los haplotipos de los cinco, se asociaron significativamente con la presencia de ideación suicida emergente durante el tratamiento.

Los autores concluyen que ciertos polimorfismos del CREB 1 están asociados al desarrollo de ideación suicida durante el tratamiento. Estos datos complementan el hallazgo previo de polimorfismos de este gen en deprimidos masculinos con niveles elevados de agresividad.

De reproducirse, este trabajo podría aportar la posibilidad de identificar por medio de una prueba farmacogenética a aquellos sujetos que conforman un cierto subgrupo con un mayor riesgo de presentar ideación suicida en relación al inicio del tratamiento. Por lo tanto, estos dos trabajos abren el campo de estudio para evaluar genéticamente esta característica clínica de gran importancia para el tratamiento de la depresión.

(Patricia Zavaleta)

Bibliografía

LAJE G, PADDOCK S, MANJI H y cols.: Genetic markers of suicidal ideation emerging during citalopram treatment of major depression. *Am J Psychiatry*, 164:1530-1538, 2007.

PERLIS RH, PURCELL S, FAVA M y cols.: Association between treatment-emergent suicidal ideation with citalopram and polymorphisms near cyclic adenosine monophosphate response element binding protein in the STAR*D study. *Arch Gen Psychiatry*, 64:689-697, 2007.

Predicción de la esquizofrenia por medio de la detección de anomalías observadas en la resonancia magnética cerebral

■ De acuerdo a los resultados de un estudio de neuroimágenes, es probable que se pueda predecir el desarrollo ulterior de la esquizofrenia por medio de la detección de anomalías volumétricas, utilizando la técnica de resonancia magnética cerebral.

En la esquizofrenia se han documentado, en forma consistente, reducciones tanto totales como regionales de tejido cerebral. Hay estudios de sujetos con riesgo elevado para presentar la enfermedad que indican que el desarrollo de dichas reducciones puede anteceder al inicio de las primeras manifestaciones.

Como parte de un estudio más amplio efectuado en la universidad de Iowa, con el uso de imágenes de resonancia magnética, se comparó el volumen cerebral de 46 individuos sanos que eran familiares de primer y segundo grado de pacientes esquizofrénicos, de 46 pacientes esquizofrénicos y de 46 voluntarios sin la enfermedad y sin antecedentes familiares de ese tipo. El promedio de edad de los tres grupos fue de 19.9, 20.8 y 20.9 años, respectivamente.

Los resultados encontrados mostraron que los pacientes y sus familiares tuvieron anomalías cerebrales similares, siendo estas anomalías menos marcadas en los familiares. Los familiares tuvieron significativamente un mayor aumento del volumen cerebral total, así como del volumen frontal, temporal y parietal de materia gris en comparación con los pacientes, y una clara reducción en comparación con los voluntarios sanos. Además, al compararlos con los voluntarios sanos, tanto los pacientes como los familiares tuvieron mayores volúmenes cerebrales de materia blanca. Este último dato sugiere un probable proceso alterado de maduración y de mielinización inducido genéticamente durante la adolescencia y la etapa adulta temprana.

Al cabo de un año, se evaluó a 35 familiares utilizando una escala clínica que detecta la presencia de síntomas psicóticos incipientes: la Escala de Síntomas Prodrómicos. El promedio total de la escala fue de 2.8 puntos. De los sujetos evaluados, 19 no tuvieron síntomas prodrómicos mayores a un nivel medio. Los incrementos en la puntuación de la escala correlacionaron significativamente con mayores reducciones de volumen total, frontal, temporal y parietal de materia gris. Así también, correlacionaron con mayores volúmenes de la sustancia blanca total, frontal y temporal.

De acuerdo a la discusión que el investigador hace de sus datos, es necesario considerar que si bien las anomalías estructurales del volumen cerebral, particularmente las reducciones de volumen de la región media temporal, pueden tener una utilidad para predecir el desarrollo posterior de la enfermedad en sujetos con riesgo elevado, su valor predictivo dependerá de que se combine con otros factores de riesgo conocidos.

Por lo tanto, es indispensable que en un futuro se diseñen programas de evaluación de pacientes y de sujetos en riesgo, en los que esta información se asocie a otro tipo de factores como los biológicos y los genéticos. Además, será necesario implementar un modelo multifactorial para poner a prueba a lo largo de las diferentes fases de la evolución de la enfermedad.

(Francisco Romo Nava)

Bibliografía

CHOON HO B: MRI brain volume abnormalities in young, nonpsychotic relatives of schizophrenia probands are associated with subsequent prodromal symptoms *Schizophrenia Res*, 96:1-13, 2007

Antipsicóticos como alternativa a combinar con los antidepresivos en las depresiones resistentes

■ La solución a la falta de respuesta en la depresión mayor es un problema clínico que aún no tiene una clara respuesta. De las diversas opciones a seguir cuando un paciente no responde al tratamiento con monoterapia, una de ellas es la combinación de dos o más fármacos que permita generar un efecto antidepresivo más potente. Entre estas combinaciones, de manera reciente, ha surgido la de combinar antipsicóticos atípicos (AA) con los antidepresivos. Se sabe que los AA, por su mecanismo farmacológico específico, tienen efectos antidepresivos que se demuestran en la reducción tanto de síntomas negativos de la esquizofrenia, como en la mejoría de las manifestaciones depresivas que frecuentemente acompañan estos padecimientos. De manera particular, el aripiprazol es un AA al que sus mecanismos neurobiológicos lo colocan como un candidato idóneo para combinarse con los antidepresivos y así generar un efecto más potente. Dos artículos de reciente publicación apoyan la eficacia de este fármaco para esta indicación particular.

En el primero de ellos se evaluó la eficacia y la seguridad del aripiprazol como terapia adicional para el tratamiento de la depresión mayor. Por medio de un estudio multicéntrico con diseño doble ciego y utilizando placebo como maniobra comparativa, se determinó la eficacia de la combinación de este AA con antidepresivos en pacientes deprimidos (criterios de depresión mayor de acuerdo

al DSM-IV), con antecedente de no haber respondido al menos a tres intentos terapéuticos previos y a uno prospectivo. Las etapas del estudio incluyeron una fase de evaluación de siete a 28 días, una fase de tratamiento abierto de ocho semanas y una fase de tratamiento combinado de seis semanas de duración. Durante la fase de tratamiento abierto se les administraron diferentes tipos de antidepresivos. Aquellos que mostraron una respuesta parcial (reducción de síntomas $\leq 50\%$, calificación en la escala de Hamilton de depresión ≥ 14 y calificación en la escala de impresión clínica global ≥ 3), pasaron a la siguiente fase en la que por medio de un procedimiento doble-ciego, se les administró aripiprazol (dosis variables entre cinco y 15 mg al día) o placebo durante seis semanas. Un total de 178 sujetos recibieron aripiprazol mientras que 184 recibieron placebo. Todos mantuvieron el antidepresivo que en la fase previa había generado una respuesta parcial. No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto al perfil demográfico y clínico, y el promedio de la calificación de la escala Montgomery-Asberg para Depresión (MADRS) al inicio de esta etapa fue de 26 puntos. El cambio promedio de la calificación total de la escala MADRS fue de -8.8 para aripiprazol y de -5.2 para placebo ($p < .001$). Los efectos secundarios que se presentaron con placebo y el AA fueron: acatisia (4.5% vs 23.1%), cefalea (10.2% vs 6.3%), e inquietud motora (3.4% vs 14.2%).

El abandono debido a la intolerancia de los efectos secundarios fue ligeramente mayor para aripiprazol que para placebo (2.2% vs 1.7%). Si bien los resultados demuestran que agregar aripiprazol como tratamiento adicional a los antidepresivos es una opción que genera un nivel de respuesta superior al placebo y que es razonablemente bien tolerado, el trabajo no deja de tener ciertas limitaciones. En primer lugar, la asignación al antidepresivo en la fase abierta no fue totalmente aleatorio por lo que la representatividad de cada uno de los antidepresivos utilizados fue dispar. En segundo lugar, el tamaño de la muestra para cada uno de los antidepresivos utilizados fue reducido, por lo tanto es difícil distinguir diferencias significativas entre cada uno de ellos. Finalmente no se puede determinar si esta mejoría observada en un plazo corto de tratamiento se mantendrá en periodos más largos de seguimiento.

Un segundo artículo evaluó la eficacia de agregar aripiprazol al tratamiento antidepresivo de un grupo de 20 sujetos mayores de 50 años. El diseño consistió en un procedimiento abierto en el cual a los pacientes que estaban recibiendo diversos tipos de antidepresivos y no presentaban una adecuada respuesta, se les agregó aripiprazol en dosis variables con un máximo de 15 mg al día. La edad promedio de los sujetos fue de 63.0 ± 9.6 años, la calificación de la escala de Depresión de Hamilton al inicio fue en promedio 20.0 ± 4.2 , y la de la escala de impresión clínica global de 3.7 ± 0.6 . Después de seis semanas de tratamiento, 50% del total de pacientes tuvo una reducción en la escala de Hamilton ≥ 10 puntos. En promedio, la calificación final fue de 7.6 ± 5.9 para la escala de Hamilton y de 1.9 ± 1.1 para la escala de impresión clínica global.

Los efectos secundarios detectados con mayor frecuencia fueron boca seca (25%), agitación (20%) y sedación (15%). Si bien este estudio tiene muchos inconvenientes que limitan su adecuada interpretación, muestra que esta combinación es también segura y probablemente útil para pacientes con depresión que son adultos mayores. Es indispensable que los datos generados se confirmen en estudios prospectivos con procedimiento doble-ciego.

(Temuchino López)

Bibliografía

BERMAN RM, MARCUS RN, SWANINK R y cols.: The efficacy and safety of aripiprazole as adjunctive therapy in major depressive disorder: A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatr*, 68:843-853, 2007.

RUTHERFORD B, SNEED J, MIYAZAKI M y cols.: An open trial of aripiprazole augmentation for SSRI non-remitters with late-life depression. *Int J Geriatr Psychiatr*, 22:986-991, 2007.

Factores socioculturales y vías de atención a la salud de quienes están a cargo de pacientes afectados por psicosis temprana

■ El autor de este artículo optó por un abordaje cualitativo para explorar los factores socioculturales que influyen el patrón de búsqueda de atención por parte de los cuidadores de pacientes afectados por psicosis temprana. Bajo el marco teórico de la propuesta del modelo de Lin y Lin acerca de las vías de búsqueda de atención, Wong analizó el discurso de 58 cuidadores cuyos pacientes tenían el diagnóstico mencionado.

El interés de esta investigación parte de que hay un evidente retardo entre el inicio de la sintomatología psiquiátrica y la búsqueda de atención especializada que dé mejoría a la misma, lo que interfiere en el diagnóstico y tratamiento oportunos. La atención temprana es algo sobre lo que hoy en día se hace mucho énfasis para evitar la morbilidad y promover una mejor calidad de vida.

Las vías o caminos de búsqueda de atención son sumamente complejas dado que se trata de procesos sociales que involucran una serie de decisiones que finalmente llevarán al contacto con un prestador de salud (el cual se presume debe dar mejoría a la sintomatología que originó la búsqueda).

La duración y dirección de las citadas vías para un grupo cultural en particular, están determinadas por una serie de aspectos socioculturales que actúan dinámicamente en la construcción y reconstrucción de conceptos, tales como las creencias sobre la enfermedad, la influencia de las redes sociales informales y la disponibilidad de una serie de servicios terapéuticos dentro de ese contexto social en especial.

Wong nos señala que son pocos los estudios acerca de la búsqueda de atención por parte del paciente psiquiátrico en China, y es por ello que su punto de partida para el análisis de esta investigación fue la propuesta de Lin y Lin, quienes identificaron tres diferentes fases en el proceso de búsqueda de atención de familias chinas en Vancouver (una primera fase de afrontamiento intrafamiliar y dos más de afrontamiento extrafamiliar), por medio del cual concluyeron que, no obstante la modernización, las fuerzas culturales están muy arraigadas y están aún en el proceso de dar forma al patrón familiar de búsqueda de atención de las familias afectadas por una enfermedad mental.

Es en este punto que el autor de la investigación aquí reseñada se cuestiona: ¿Qué factores están obstruyendo o facilitando la búsqueda de atención psiquiátrica en la población china del Hong Kong de hoy? ¿Qué tan profundas son estas fuerzas culturales para afectar estos caminos de búsqueda de atención?

Asumiendo la presencia de factores subyacentes como la influencia de las redes sociales, las heterogéneas creencias acerca del origen de la enfermedad mental, la falta de reconocimiento de la sintomatología psiquiátrica, el estigma, así como las fallas en el acceso y la disponibilidad de servicios de salud mental, se dio inicio a una serie de entrevistas a profundidad con 58 informantes clave (familiar responsable o proveedor principal del cuidado del paciente con psicosis temprana), con una guía de entrevista cuyas categorías principales incluyeron: síntomas iniciales, problemas identificados, contactos establecidos para la búsqueda de ayuda, acciones de los contactos, diagnósticos de los contactos, contactos críticos para la búsqueda de atención psiquiátrica especializada y dificultades de los informantes durante el proceso.

Luego de realizar un análisis de contenido, el autor encontró que aquellos que notaron por primera vez las primeras señales de enfermedad fueron miembros de los sistemas informales (incluyendo familia y amigos); que los contactos más críticos para la búsqueda de atención especializada fueron familiares, parientes y amigos; que los aspectos más difíciles enfrentados por los familiares/cuidadores durante el proceso de búsqueda de ayuda fue la falta de reconocimiento de la enfermedad por parte del familiar afectado y de otros familiares (movidos principalmente por la culpa y la vergüenza de tener un enfermo social en su contexto).

Wong concluye que en su estudio, a diferencia de lo encontrado en su momento por Lin y Lin, los lazos familiares y culturales de la familia con un paciente mental existen pero no interfieren ni retardan el proceso de búsqueda oportuna y adecuada de atención, lo cual fue evidente al ser los familiares inmediatos los que no sólo detectaron el problema, sino que se enfrentaron a otros miembros de la familia para brindar el apoyo adecuado a su enfermo.

Esta situación que aquí se refleja en el contexto asiático, expresamente en familias chinas, puede ser trasladado a nuestra sociedad mexicana, con sus diferentes matices culturales y su estrecha vida familiar, en la que sería preciso abordar el complejo proceso de creencias, percepciones y atribuciones de la enfermedad psiquiátrica y, por tanto, la conducta que se toma hacia ella, en especial el proceso de búsqueda de atención.

(Ingrid Vargas Huicochea)

Bibliografía

WONG DFK: Uncovering sociocultural factors influencing the pathway to care of Chinese caregivers with relatives suffering from early psychosis in Hong Kong. *Cult Med Psychiatr*, 31:51-71, 2007.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Fundador
Dr. Ramón de la Fuente.

Editor de la publicación
Dr. Gerhard Heinze.

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

Dirección: Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco Deleg. Tlalpan, 14370 México, D.F.

Departamento de Publicaciones:

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

