

Selección de reseñas bibliográficas (Enero, Febrero y Marzo 1993)

Inhibidores de la recaptación de serotonina: meta-análisis de la eficacia y aceptabilidad

Selective serotonin reuptake inhibitors: meta-analysis of efficacy and acceptability

F. Song, N. Freemantle, T.A. Sheldon, A. House, P. Watson, A. Long, J. Mason

British Medical Journal 1993; Vol 306: 683-687

Es un trabajo que, a la semana de salir, ha tenido un eco importante en la psiquiatría británica y posiblemente va a tener una repercusión parecida en el resto de la psiquiatría europea. El tema ha sido comparar los inhibidores de la recaptación de serotonina con los clásicos antidepresivos tricíclicos en el tratamiento, como primera indicación, de la depresión mayor. Dentro de un contexto que señala a los inhibidores de la recaptación de serotonina como de igual efecto que los antidepresivos tricíclicos pero con menos efectos secundarios. Los autores señalan en la introducción que esa aseveración se ha basado en estudios que no han tenido seguimientos amplios (casi todos menos de 6 semanas).

Los autores, de las universidades de Leeds y York, seleccionaron todos los estudios publicados que habían comparado los inhibidores de la recaptación de serotonina con los antidepresivos tricíclicos en el tratamiento de la depresión mayor y que habían sido realizados mediante ensayos controlados con sistemas de muestreo al azar. Sobre los 63 trabajos seleccionados, y mediante meta-análisis, compararon la eficacia y la aceptabilidad para los dos grupos de tratamiento. Para la eficacia pudieron seleccionar 53 trabajos que habiendo utilizado la escala de Hamilton (con 17 ó 21 ítem) y tenían todos los datos completos. Concluyeron que la eficacia de ambos grupos era similar, aunque apuntaban que los trabajos adolecían de algunos problemas metodológicos (duración escasa del seguimiento, desviación standard mal reflejada, etc.). Para la aceptabilidad se basaron en las tasas de abandonos de 58 estudios, encontrando que no había diferencias significativas en ambos grupos. También analizaron las causas de estos abandonos, por falta de eficacia y por efectos secundarios, y tampoco encontraron diferencias en ambos

grupos. Esto es lo que ellos consideran su principal hallazgo porque contradice lo que se ha afirmado hasta la fecha. Sin embargo, al final del artículo hacen una observación que ha tenido una repercusión más allá del ámbito psiquiátrico saltando a las páginas del periódico médico, *General Practitioner*, e incluso dando lugar a una pequeña nota en la sección científica de El País. Dicen que se pueden seguir recomendando los antidepresivos tricíclicos, como primera elección, porque tienen igual eficacia y tolerancia que los inhibidores de la serotonina pero que son mucho más baratos. Claramente este estudio se puede poner como ejemplo de lo que es el concepto de eficiencia (relación entre costes y eficacia).

Recomiendan que los inhibidores de la recaptación de serotonina se prescriban en subgrupos de pacientes donde los otros antidepresivos hayan fallado o estén contraindicados.

La polémica está servida para los próximos meses.

V. Aparicio Basauri

Servicios de Salud Mental. Asturias

Gente sin hogar: ¿de dónde vienen? Probablemente no vienen tantos como pensamos de las instituciones

All the homeless people-where do they all come from?

Probably not as many from psychiatric institutions as we think

J. Leff

British Medical Journal 1993; Vol 306: 669-670

En Gran Bretaña el término "cardboard city" (ciudad de cartón) se está popularizando como reflejo de la conciencia sobre la magnitud del problema de las personas sin hogar. Algunas organizaciones calculan que en la última década estas familias se han doblado afectando en la actualidad a unas 146.000 familias, lo que representa unas 420.000 personas. J. Leff, director de la

Unidad de Psiquiatría Comunitaria y Social del Instituto de Psiquiatría de Londres, plantea en este trabajo un análisis del tema.

Por estudios británicos realizados entre población sin hogar se ha visto que entre un 25% y un 45% presentan enfermedad mental. J. Leff se pregunta si ésto tiene relación con la disminución de camas psiquiátricas en Inglaterra. Para buscar la respuesta señala que hay dos tipos de fuentes; una el estudio de la historia psiquiátrica de los enfermos mentales sin hogar y otras los estudios de seguimiento de la población desinstitucionalizada. Siguiendo el primer tipo de fuentes cita un estudio de Londres donde sobre 544 enfermos mentales sin hogar solamente había 3 que tuvieron un ingreso continuo durante más de 5 a. En otro estudio sobre la población usuaria de un hogar de transeúntes se vio que de 128 hombres sin hogar sólo 7 habían tenido una hospitalización psiquiátrica superior a un año. En otros trabajos que cita las observaciones son en la misma línea. Sobre el seguimiento de pacientes desinstitucionalizados refleja el seguimiento hecho a 276 pacientes de larga estancia de dos hospitales londinenses y ven que tan sólo 6 pueden estar en una situación de vagabundeo. En otro estudio sobre 216 pacientes desinstitucionalizados, y después de un seguimiento de un año, no se encuentra ninguno en esa situación. Lo mismo ocurre en otro estudio sobre 103 pacientes de un hospital clausurado del sur de Londres.

El aspecto más importante de este trabajo es que para J. Leff los pacientes desinstitucionalizados no son el factor principal del aumento del número de enfermos mentales que viven en las calles. En su opinión uno de los factores que está influyendo, en el aumento de las personas sin hogar es de carácter económico y hace referencia a la desaparición de alojamientos de alquiler bajo. Las personas con enfermedades mentales severas son muy vulnerables a estos cambios pues ellas suelen tener bajo poder adquisitivo y escaso soporte social, y con frecuencia están desempleadas. Asimismo, apunta otro factor de orden asistencial y es la dificultad que a veces se presenta para el ingreso de pacientes agudos sobre todo cuando éstos son involuntarios. Al final recomienda que se debe estudiar cuáles son los caminos por los que algunos enfermos mentales se encuentran entre esta población sin hogar y las alternativas para prestarles una atención adecuada.

V. Aparicio Basauri

Servicios de Salud Mental. Asturias

La imagen de los psiquiatras desde los laboratorios

Images de la psychiatrie

M.J. Durieux

L'information psychiatrique. Suplemento al n.º 7. Sept 1992

(N.º especial preparatorio para las Jornadas Nacionales de Psiquiatría)

Los laboratorios han aceptado el peligroso proyecto de hacer el retrato de los psiquiatras de hoy, seducidos por la neurobiología, pero privilegiando la escucha; interesados por el psicoanálisis, pero formados según las nuevas técnicas de psicoterapia, más científicas y menos "filosóficas" sin duda, pero siempre "amateurs" del arte y de la música, y los más literatos de todos los médicos.

El interés de los laboratorios por los psiquiatras se debe a que a pesar de ser una de las disciplinas médicas más numerosas y ser en conjunto malos prescriptores, son grandes iniciadores de prescripciones: será el primero que prescriba tal o cual neuroléptico o antidepresivo, pero después será el generalista el que multiplique a otros pacientes la prescripción.

Esta función de "prescriptor de la prescripción" es la que toman los laboratorios como punto central de la estrategia comercial. Su cifra de ventas se debe a los generalistas, pero para ello la presentación ha de ser reglada: primero a los psiquiatras, para que el fármaco adquiera una "imagen seria", después, ya con una cierta garantía del producto, avalada por el uso hecho por aquéllos, pasará a ser presentada al generalista, usando mensajes simplificados como: "serotoninérgico puro muy manejable".

Pero no todos los laboratorios son iguales, como tampoco lo son los especialistas, y en este sentido, para los primeros la prescripción que hacen los psiquiatras es un misterio más insondable que el metabolismo de la NA. Para explicarlo se valen de metáforas extraídas del mundo culinario: usan los antipsicóticos como la sal y la pimienta para una vinagreta: "una pizza, se mezcla, se añade más y después se prueba".

Son muy tradicionales en el uso de los fármacos, usan productos muy conocidos, y cuando ensayan uno nuevo lo añaden a la prescripción sin suprimir el antiguo.

Es para los laboratorios el especialista menos sensible a su influencia el que plantea más preguntas, del que se abusa menos, para el que no hay ni buenos ni malos productos, sino todo un arsenal que puede ser usado.

Se puede influir en los que creen que se cuida con fármacos, pero sin olvidar que muchos, no creen ni que se cuida, ni que se cura con ellos.

Aquí surge la pregunta de los laboratorios: ¿Qué respuestas buscan los psiquiatras con los medicamentos? Estas son muy ambivalentes, para muchos la prescripción es vivida como un fracaso de la palabra, acompañada a menudo de un vago sentimiento de culpa.

Será, dicen los laboratorios, la única especialidad donde oigáis "yo intento dar fármacos lo menos posible, y si es posible no darlos, genial". Esto es lo que los laboratorios llaman la "vivencia" del medicamento que es, por supuesto, "la vivencia del psiquiatra", y hacia ella

se dirigirá el marketing de la empresa: se insistirá sobre la clínica, se hablará de la posología, de la presentación, pero en definitiva "no hay receta", y la prescripción se hará a la cabeza del psiquiatra y no a la del paciente. A diferencia de otras especialidades, la posología no está codificada y es distinta para cada uno de ellos, no es el perfil del paciente sino el del psiquiatra el que marca la diferencia.

¿Qué ocurre con los psiquiatras que no recetan? ¿Existen realmente? Los laboratorios dicen: "hay dos categorías de psiquiatras, los que recetan y los que no lo hacen. Sólo nos interesan los primeros. Los psicoanalistas no quieren entender más que palabras". Para los laboratorios se trata de una de las leyendas de la psiquiatría: "jamás visto, jamás encontrado y con el rostro de los animales míticos de los cuentos y leyendas, existen realmente muy pocos que no prescriban, porque aunque algunos digan «yo no prescribo», al indagar e insistir un poco, se dan cuenta de que incluso ellos prescriben.

Pera paradójicamente, los laboratorios no hacen de la farmacología la punta de lanza de la psiquiatría y reconocen honestamente que la psicofarmacología está lejos de haber librado sus misterios y que el psiquiatra tiene una misión de otra naturaleza: "en farmacología del SNC todo son hipótesis y además en psiquiatría eso no es fundamental, la realidad de su trabajo es la relación y ese es su futuro".

Para los laboratorios, la psiquiatría es vista como un "mundo aparte" con su especificidad y cualidad particular en la escucha y aproximación específica a la enfermedad.

Es la persona del paciente y no su enfermedad, lo que interesa al psiquiatra. Es una aproximación menos mecanicista.

Para ellos el comportamiento del psiquiatra se verá muy influenciado por el medio inmediato, más medicalizados en el servicio de un H. General y mucho menos en pabellones separados.

El modo de introducirse en el mundo psiquiátrico es distinto según el laboratorio: reuniones del servicio, congresos y otras reuniones científicas van a ser utilizados, pero se le concede un lugar destacado a la visita médica, sin la cual no hay posibilidad de psicotropos. Para aproximarse al *Homo Psychiatricus* sin asustarlo, el contacto personal se impone: "la llave del éxito será tener una relación afectiva con el psiquiatra".

La llave de la política del laboratorio será pues el visitador, que habrá de poner en juego todo su talento personal sobre el terreno. Suelen tener experiencia profesional en visitas a otros especialistas, pero llegan a la visita psiquiátrica por interés personal. Es la calidad del diálogo con los psiquiatras lo que a ellos les parece más interesante. La visita con el psiquiatra es más relacional. Se toma tiempo en escuchar y hacer sus preguntas, y los argumentos que se utilizan son de tipo dialéctico. Para el generalista la información será sobre posología y de tipo visual, cosa que no se les ocurriría

con un psiquiatra, pues éste es poco sensible a los mensajes con gran formato, llenos de curvas y gráficos, que se utilizan como apoyo en otro tipo de visitas.

En definitiva, ¿hacia dónde se orienta la psiquiatría del próximo milenio? Se anuncian nuevos fármacos, más manejables, con menos efectos secundarios, y que serán usados más fácilmente por el generalista. Si la generación del 68 estaba orientada hacia el psicoanálisis, la década 80-90 ha sido la del interés por las aminas cerebrales, pero ahora se cree que esto que tanto prometía no es tan simple y que a la farmacología le queda todavía mucho por descubrir.

Tanto unos como otros están de acuerdo en la interacción entre biología-psiquismo-ambiente, pero todos insisten en que el trabajo del psiquiatra no se puede reducir a lo biológico, a lo que habrá que darle sentido en la historia del sujeto.

Solo, delante de su escritorio, sin la ayuda del scanner o de los exámenes biológicos, el psiquiatra puede tener la impresión de que no pertenece al técnico y prestigioso mundo de la medicina, a no ser por el punto frágil que lo une con éste: la psicofarmacología. Es en la prescripción donde se siente unido al mundo médico, y en las neurociencias donde busca la razón científica a su especialidad. Sabe que el sufrimiento psíquico es un discurso de otra naturaleza al discurso médico, por esencia anatómico o biológico, pero reconoce que ninguna terapéutica coherente en psiquiatría puede pasar sin una teorización. La posición ambivalente respecto de los medicamentos está sin duda ligada a esta doble aspiración.

M.ª J. Gómez (Mir)

Hospital Psiquiátrico Rebullón. Vigo

Historia de la Esquizofrenia

Histoire de la Schizophrenie

J. Garrabé

Médecine et histoire. Seghers. Paris 1992

Decía Roland Barthes que hay tres tipos de lectura:

1. El ojeo, el "mirar un libro": "Es un tipo de lectura muy importante del que no se habla jamás".
2. La lectura de "trabajo": Aquí, "leo del comienzo al fin, tomando notas pero sólo los leo en función de mi trabajo".
3. La lectura de "placer": "es la que hago por la noche cuando vuelvo a casa; entonces leo generalmente clásicos".

A este libro del profesor Garrabé se le podría aplicar otro título de Barthes: "El placer del texto". Se comienza de pie, mirándolo, se ojea, se recorren los capítulos y se leen al azar algunos de ellos. Sin darnos cuenta nos sentamos, se toman algunas notas y nos encontra-

mos prosiguiendo su lectura por la noche por placer. Barthes señalaba que la lectura de trabajo se hace en la mesa; la de placer en la cama. Este libro permite cualquiera de esas dos posibilidades.

Se trata en apariencia de un libro de divulgación: es ameno, sencillo, asequible pero esta supuesta divulgación es sólo una apariencia. La sencillez se ha conseguido aquí mediante un trabajo minucioso de depuración conceptual. Como lector Borges era inigualable. Podía resumir en una frase transparente los textos más complicados o encontrar el párrafo luminoso oculto entre páginas aburridas. Garrabé tiene esta capacidad. Puede tratarse de las teorías de Bateson, Devereux, Lacan, Basaglia, Laing, Schneider o Kraepelin es capaz de resumirlas, criticarlas y llamar la atención sobre aspectos "nuevos" que siempre estuvieron ahí delante de nosotros sin que nos hubiéramos percatado de ello. Véase sino la revisión que hace de los aportes de Bateson, donde recuerda a seguidores olvidadizos que Bateson consideraba para la Esquizofrenia una sobredeterminación en la que la genética tenía algo que decir; sus notas sobre los síntomas de primer rango de Schneider que permitían diferenciar la Esquizofrenia de la PMD o los equívocos entre Paranoia, Esquizofrenia y Parafrenia de los seguidores de Lacan.

Los libros de historia en nuestro oficio suelen ser parciales. Hablan de psicoanálisis, de psiquiatría o de sistémica y psicología de manera exclusiva como si fueran desarrollos que no tuvieran contacto entre sí. El libro de Garrabé demuestra que las cosas no son así y que no es posible por ejemplo, entender la obra de Lacan sino se conocen las discusiones psiquiátricas de su tiempo.

El libro dedica un capítulo a "1911" año importante en el que se publican tres textos fundamentales: el libro sobre "Las Esquizofrenia" de Bleuler; el "Caso Scherber" por Freud; "Transformaciones y símbolos de la libido" por Jung. Garrabé añade un cuarto texto fundamental y la historia no menos fundamental que lo acompaña. En 1904 Sabina Spielrein una judía de origen ruso es hospitalizada en el Burghölzli donde por entonces Jung trabajaba ya desde una perspectiva freudiana. En 1906 Jung escribe a Freud (*) para comentarle sin mencionar su nombre, que está tratando con su método a una joven rusa enferma de una histeria grave desde hace seis años. En 1909 Jung vuelve a escribir a Freud para darle cuenta de la difícil ruptura amorosa que había tenido que afrontar con la paciente sobre la que le había informado tres años antes y que lo había metido en un gigantesco escándalo sólo por haberse negado a concebir un hijo con ella. La paciente Sabina Spielrein "curada" había entretanto terminado sus estudios de medicina y escribiría su tesis en 1911 sobre "El contenido psicológico de un caso de esquizofrenia" que será publicado en el "Jahrbuch" de ese mismo año al lado de trabajos de Freud y Jung. Las conclusiones de la Tesis, proponen según destaca Garrabé, una notable teoría de la Esquizofrenia: "El inconsciente disuelve el presente en el pasado... el por-

venir también se transforma en pasado pues los conflictos son representados por símbolos antiguos... vemos así en el inconsciente algo que está fuera del tiempo y es a la vez presente, pasado y futuro..."

Sabina a partir de su experiencia personal hacer surgir la "pulsión de muerte" emprendiendo la demostración de que la aceptación de la autodestrucción individual es inseparable del instinto sexual que tiende a la supervivencia de la especie.

Son pues cuatro textos conectados entre sí por una madeja de relaciones donde lo erótico, lo filial, lo paternal, los celos se entretajan con las publicaciones científicas como más o menos ocurre también hoy en día.

El libro hay que decirlo, hace un recorrido completo en el que no se eluden algunas cuestiones delicadas: la muerte por hambre de los esquizofrénicos franceses durante la ocupación alemana o la esquizofrenia tórpicada que permitió el internamiento "político" de centenares de disidentes en la URSS. También el estudio de la OMS sobre la Esquizofrenia o las modernas clasificaciones tienen su lugar y su crítica, siempre en ese tono justo de las gentes que saben de lo que hablan.

Lo que realmente sorprende (e irrita pues a uno le hubiera gustado escribir un libro así), es como se ha conseguido una exposición tan esencial partiendo de unos datos tan difíciles de resumir como de criticar.

Ojeo, trabajo, placer. Cualquiera de las tres lecturas es muy recomendable para este libro.

(*) El epistolario Freud-Jung está publicado en Taurus.

S. Lamas Grego
Orense

Validez de los diagnósticos obtenidos mediante autopsia psicológica en adolescentes suicidas: utilidad de la historia familiar

The validity of diagnoses obtained through the psychological autopsy procedure in adolescent suicide victims: use of family history

D.A. Brend, J.A. Perper, Moritz G, et al
Acta Psychiatr Scand 1993; 87: 118-122

Desde hace aproximadamente 30 años en que Robins et al. realizaron los primeros estudios en adultos suicidas, la autopsia psicológica ha sido aceptada como un método para determinar las características psíquicas de las víctimas de suicidio. En estos años, se han realizado estudios tanto en adultos como en jóvenes (incluso en grupos específicos de adolescentes) que apoyan su aceptabilidad, sobre todo si se realiza en los 2-6 meses siguientes a la muerte.

El acercamiento por autopsia psicológica (entrevistas con familiares, amigos, contactos profesionales...) es claramente más informativo que los escasos detalles que aporta el certificado de defunción, pero tiene el inconveniente de ser un estudio retrospectivo y de que tanto el informador como el entrevistador están potencialmente sujetos al sesgo.

Los autores realizan un estudio para valorar la validez de este procedimiento, intentando demostrar que un determinado trastorno psiquiátrico en la víctima de suicidio está asociado con una tasa elevada del mismo trastorno en parientes de primer grado, obtenida de forma ciega al diagnóstico del sujeto, en una serie consecutiva de 67 suicidas adolescentes. Hallaron asociaciones específicas entre el diagnóstico del sujeto y la tasa familiar de enfermedad en depresión mayor, enfermedad bipolar, trastorno antisocial y abuso de sustancias. Se trata de un estudio sujeto a varias limitaciones: los entrevistadores de las familias desconocían el diagnóstico del sujeto, pero no eran "ciegos" respecto a su suicidio; es posible también que padres con un determinado trastorno psiquiátrico atribuyeran síntomas similares a sus hijos; el tamaño de la muestra limita la valoración de asociaciones para otros grupos diagnósticos, y para otros grupos demográficos. Los autores se hallan una fuerte y específica asociación entre diagnóstico en la víctima de suicidio y miembros de su familia.

M. Salvador Robert

Residente de Psiquiatría. Hospital La Paz. Madrid

Seroprevalencia HIV entre pacientes sin hogar ingresados en una unidad psiquiátrica

HIV seroprevalence among homeless patients admitted to a psychiatric inpatient unit

M. Empfield, F. Cournos, I. Meyer, M. Phil, K. Mckinnon, E. Horwath, M. Silver, H. Schrage, R. Herman

Am Journal Psychiatry January 1993; 150: 47-52

Se han escrito pocos artículos sobre la prevalencia de la infección por HIV en personas sin hogar y no hay ninguno sobre la prevalencia de enfermedades psiquiátricas en estas personas. En este artículo se estudia la prevalencia de anticuerpos HIV entre pacientes que viven en la calle hospitalizados en unidades psiquiátricas recogidos en las calles de Nueva York desde diciembre de 89 hasta mayor del 91.

Son personas que apenas tienen contacto con los servicios de salud mental, agravado por el hecho de que las personas sin hogar mentalmente enfermas no suelen ser usuarios de los albergues públicos donde hay asistencia médica y psiquiátrica. De hecho, de las 177

personas recogidas en la calle e ingresadas para recibir cuidados psiquiátricos, el 42% no había ido a un albergue en el último año.

Se tomó una única muestra de sangre de pacientes que iban ingresando, respetando el anonimato; la información sobre el rango de edad, el sexo, la raza, la adicción a drogas vía parenteral o a actividades homosexuales en varones se tomaban de las historias. Se realizó el test de Western Blot. Hubo pacientes a quienes no se les tomó muestras de sangre; no hay diferencias significativas de diagnóstico psiquiátrico o de número de hospitalizaciones entre las personas a las que se sacó una muestra y a las que no se les sacó. Los diagnósticos más frecuentes entre las personas que se extrajo sangre fueron: esquizofrenia en el 49,3%, trastorno esquizoafectivo 43,1% y trastornos afectivos 3,3%. Tampoco hubo diferencias significativas entre la edad y el sexo en estos dos grupos.

La prevalencia de seropositividad fue del 6,4%, 1 de cada 16 pacientes es positivo. Los pacientes menores de 40 años tenían seis veces más probabilidades de ser positivos que los mayores de 40 años (40-59). La raza no predice la positividad en estos pacientes sin hogar, y las mujeres tienen las mismas probabilidades de infectarse que los hombres.

M.I. de la Hera Cabeño

MIR Hospital Psiquiátrico. Madrid

Trastorno de la personalidad en pacientes HIV: un estudio controlado con implicaciones en la atención médica

Personality disorder in patients infected with HIV: A controlled study with implications for clinical care

D.O. Perkins, E.J. Davidson, J. Leserman, D. Liao, D.L. Evans

Am J Psychiatry 1993; 150: 309-315

En este trabajo los autores presentan el primer estudio controlado de trastorno de personalidad, valorado mediante una entrevista clínica estructurada del DSM-III-R, en varones homosexuales HIV-positivo y HIV-negativo. Los estudios realizados con anterioridad de enfermedades psiquiátricas en HIV no incluyen la evaluación de los trastornos de personalidad. Determinándose además el impacto del trastorno de personalidad en el grupo HIV-positivo, en el afrontamiento de la enfermedad, en el soporte social y en el estado de ánimo. Se estudian 58 varones homosexuales HIV-positivos asintomáticos y 53 HIV-negativos.

En el primer grupo existe una prevalencia significativamente más alta de trastorno de personalidad (en los HIV-positivos) 33%, frente al 15% en HIV-negativos. En los sujetos HIV-positivos, aquellos con trastorno de personalidad (comparados con los que tienen ausencia de

tal diagnóstico) mostraron: más trastornos del estado de ánimo, con altas puntuaciones en las escalas de depresión y ansiedad de Hamilton, así como negativismo e impotencia al enfrentarse al resto del SIDA.

Sugieren estos hallazgos que la población HIV-positiva con trastorno de personalidad, pueden experimentar gran disforia y es más probable que el afrontamiento de la enfermedad se haga de forma disfuncional.

Señalar por último la conveniencia de reconocer y evaluar la existencia de trastorno de personalidad en pacientes HIV-positivo y el impacto del mismo en el afrontamiento en pacientes HIV-positivo y el impacto del mismo en el afrontamiento de la enfermedad para intentar una adecuada y efectiva atención médica.

M.A. Casado Prieto

Residente de Psiquiatría. Hospital de La Paz

Comorbilidad en los trastornos de la personalidad

T. Arranz, J. Bellido, C. Bosque, L. Galve, E. Navarro
Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1993; 21, 2: 33-38

La comorbilidad de los trastornos de personalidad tienen especial importancia no solamente en el plano teórico, sino también en los aspectos clínicos, de tal manera que un trastorno puede afectar marcadamente al tratamiento, curso y fenomenología del otro. Numerosos estudios recientes sugieren la existencia de un continuum entre determinados trastornos del Eje I y determinados trastornos de la personalidad.

En este artículo se estudian los pacientes internados en el Instituto Ntra. Sra. de los Dolores de S. Boi, entre 1985 y 1989, con diagnóstico en el Eje II, obtenido a través de una entrevista en base a los criterios del DSM-III-R. Se analiza la comorbilidad de los trastornos de personalidad con: abuso y consumo de drogas, trastornos afectivos, trastornos por ansiedad, esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y el solapamiento entre los distintos trastornos de personalidad.

Los resultados muestran una alta comorbilidad y solapamiento. La comorbilidad se da principalmente con el consumo y abuso de drogas, especialmente alcohol, y con trastornos psicóticos. En menor grado de frecuencia se destacan la concurrencia con trastornos afectivos.

Estos resultados son coincidentes con los reseñados en la literatura y plantean problemas teóricos, de criterios diagnósticos específicos, y prácticos, en orden al pronóstico y tratamiento de un determinado trastorno de personalidad.

J. Jauregui

Residente Psiquiatría. Hospital de La Paz. Madrid

Eficacia y tolerancia del tratamiento combinado de la depresión en diferentes subgrupos de depresión

The efficacy and tolerability of combined antidepressant treatment in different depressive subgroups

S. O'Brien, P. Mckeon, Myra

British Journal of Psychiatry 1993; 162: 363-368

En este estudio a doble ciego, los autores se proponen comparar la eficacia y tolerancia del uso combinado de IMAOS y ATCs en diferentes subtipos de depresión. Para ello, seleccionaron 80 pacientes de 18-65 años de edad que cumplieran criterios de depresión mayor y con una puntuación > 16 en la escala de Hamilton para la depresión (HRSD). Tras una semana sin tratamiento antidepressivo los pacientes fueron clasificados según el sexo, edad (mayores o menores de 40 años) y el subtipo depresivo utilizando la escala de Newcastle y el ICD-9.

Tras una semana sin tratamiento fueron asignados aleatoriamente para recibir tranilcipromina (10 mg. la 1.ª semana hasta 30 mg. la 3.ª semana) o amitriptilina (50 mg/día incrementados gradualmente a 150 mg/día a lo largo de 10 días) o la combinación de ambos, durante 6 semanas. Los parámetros registrados fueron los efectos colaterales y las puntuaciones en HRSD, BDI (Bech depression Inventory). Los pacientes con depresión endógena respondieron más al tratamiento que los diagnosticados de depresión neurótica independientemente del tipo de tratamiento, así los hallazgos de este estudio sugieren que la tranilcipromina es un antidepressivo eficaz en las depresiones endógenas. Destacan la ausencia de efectos secundarios graves con la combinación de ADT/IMAO aunque el tto. combinado era peor tolerado que cuando se utilizaba un sólo fármaco. Los efectos secundarios más frecuentes derivados de la combinación de los 2 fármacos fueron: mayor ganancia de peso, hipotensión ortostática y prolongada del intervalo P-R en el ECG. A juicio de los autores las implicaciones de estos resultados son que la combinación ADT/IMAO debe considerarse como una opción en el tto. de la depresión mayor unipolar aunque esta combinación no parece aportar ventajas sobre cualquiera de estos 2 fármacos utilizados por separado, y si un mayor número de efectos secundarios, aunque no graves. La introducción de los nuevos IMAOS selectivos ha despertado de nuevo el interés por este grupo de medicamentos antidepressivos, los autores apuntan a que estos fármacos pueden ofrecer una alternativa válida a los compuestos tricíclicos en las depresiones endógenas.

R. Villanueva

Residente. Hospital de La Paz. Madrid

Pronóstico a largo plazo de los trastornos de personalidad

Long-term outcome in personality disorders

M.H. Stone

British Journal of Psychiatry 1993; 162: 299-133.

El autor revisa 61 estudios pronósticos publicados entre 1980 y 1989 sobre pacientes psiquiátricos con trastornos de personalidad. Al ser egosintónicos, crónicos, el seguimiento debe ser largo (10-25 años), esto aumenta las variables de confusión y cambian los modos de enfermar y los criterios diagnósticos. En estos estudios, lo "normal", los rasgos leves y los trastornos severos forman un continuum. A veces se superponen varios trastornos de la personalidad, o uno (límite) se sitúa entre otros dos (sádico y depresivo). Cuando coexisten un trastorno sintomático (depresión) y uno de personalidad, la mejoría de uno favorece la del otro. Además de existir una base biológica en estos trastornos (patología infantil de ganglios basales, factores genéticos), explicarían porqué es tan difícil que cambien.

El trastorno límite va bien en 60% de casos: menos ingresos y mayor adaptación laboral, familiar y social que esquizofrenia; la tasa de suicidios asciende si se añaden depresión mayor (16%), etilismo (20%), ambos (38%), rasgos antisociales o esquizotípicos, impulsividad o historia de incesto o malos tratos paternos. Mejoran el pronóstico: talento, atractivo, abandono de etilismo o rasgos obsesivo-compulsivos. El antisocial solo mejora en 15%, pero es difícil definir por rasgos el trastorno y distinguirlo del delincuente ocasional. Sólo remite un 25% de esquizotípicos, progresa a esquizofrenia a veces, pero con menos suicidios (son menos impulsivos). El narcisista va igual o peor que el límite, sobre todo si se asocia a éste, al antisocial o depresión. Esquizoide y pasivoagresivo suelen no pedir ayuda y dejar el tratamiento, evolucionando mal. El evitativo mejora con técnicas conductuales, salvo si asocia agorafobia. El pobre insight del paranoide le confiere mal pronóstico. Por último, sobre los trastornos más frecuentes (obsesivo, histriónico, masoquista, depresivo) hay pocos datos; empeoran la depresión y tienen una tasa de suicidios triple que la población general, aunque los leves o los obsesivos tienen buen pronóstico.

M.T. Lucas Taracena

Residente Psiquiatría 1.º año. Hospital de La Paz.
Madrid

El estado de la cuestión en....

Limitaciones de un modelo general de las adicciones a sustancias y conductuales

J.P. Pérez Jiménez, M. Salvador Robert

Servicio de Psiquiatría. Hospital La Paz. Madrid

INTRODUCCION

La calificación de Conducta Adictiva, reservada inicialmente para trastornos en los que se produce una dependencia de sustancias, se ha extendido a otros trastornos que cursan con una conducta excesiva sin intervención de un consumo de sustancias. Estas últimas, denominadas adicciones "conductuales", incluirían: juego patológico, hipersexualidad (incluyendo conducta sexual promiscua y parafilias), bulimia y conductas de consumo excesivo de alimentos. Distintos autores (1,2) han propuesto un modelo general de las Conductas Adictivas (CA), con o sin consumo excesivo de sustancias. Este modelo se fundamenta en: 1) estas conductas participarían de características clínicas similares, y 2) los mecanismos determinantes del desarrollo de la adicción son comunes.

MODELO GENERAL DE CONDUCTAS ADICTIVAS

Este modelo origina el cuestionario modelo médico del alcoholismo (3,4). Este postula la existencia de factores biológicos, que predisponen para desarrollar el alcoholismo, y que impiden que el paciente pueda controlar el consumo de alcohol. El tratamiento recomendado siempre es la abstinencia absoluta. Las razones por la que se consideró insuficiente al modelo médico fueron, 1) la demostración de la posibilidad de lograr un control o limitación del consumo de alcohol, pudiendo ser éste un objetivo del tratamiento, y 2) el que ciertos alcohólicos suspendieran el tratamiento de forma "espontánea". El modelo alternativo de adicción se basa en teorías del aprendizaje social y psicología experimental, en oposición al reduccionismo biológico del modelo médico. En esta línea de pensamiento, Marlatt (1,2) define adicción como un patrón de conducta complejo y progresivo con componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y conductuales. La vinculación a la CA es tan intensa que arrastra irresistiblemente al sujeto a su realización, es escasamente controlable y se mantiene incluso en presencia de alternativas más gratificantes. Abstinencia es el malestar psíquico originado cuando se impide realizar la CA y la tolerancia se manifiesta como la necesidad subjetiva de incrementar la CA.

Todas las conductas objeto de adicción causan un perjuicio (físico, psíquico, social, económico, legal...) a quien realiza y comparten ciertas características comunes (1): 1) la experiencia adictiva produce un cambio rápido y profundo del humor, 2) determinadas situaciones, conflictos in-

terpersonales o malestar psíquico aumentan la probabilidad de realizar la CA, 3) procesos de condicionamiento clásico e instrumental actuarían en el proceso adictivo. Todas las CA participarían de la "paradoja de control", es decir, representan una forma de coping o control frente a diversas situaciones estresantes y simultáneamente son descritas por el propio individuo como excesivas y fuera de control.

El modelo considera determinantes de la CA: las experiencias previas con la conducta que será finalmente objeto de adicción, los antecedentes psicológicos y ambientales, creencias y expectativas, y la historia familiar previa (1,3). También se estudian las consecuencias de la conducta para comprender los efectos reforzantes que favorecen su mantenimiento. No sólo se estudian los efectos de la sustancia a conducta que es objeto de adicción, sino que se valoran las experiencias interpersonales y sociales del individuo adicto antes, durante y tras la realización de la CA.

Un elemento central en el modelo es la diferenciación entre el objeto de la adicción del proceso adictivo. El objeto de la adicción es la experiencia personal. El proceso adictivo determinado por la interacción de factores biológicos, psicológicos y ambientales, es similar en las diferentes CA.

LIMITACIONES DEL MODELO GENERAL DE CONDUCTAS ADICTIVAS

Los defensores de este modelo reconocen la existencia de diferencias entre las CA. Marlatt (1) recomienda evitar el mito de que todas las CA son equivalentes. Señala que las diferencias entre ellas residirían en: 1) la importancia relativa de los factores fisiológicos y psicológicos involucrados en el desarrollo y mantenimiento de las distintas CA, 2) el grado de desarrollo de tolerancia y abstinencia, 3) el riesgo relativo de recaída, y 4) en los tipos de estrategias de coping usadas con más frecuencia y éxito por los pacientes.

La laxitud de la definición de adicción como conducta excesiva y perniciosa puede dar lugar a distintas interpretaciones considerándose como adictivas conductas que a pesar de su aparente similitud presentan importantes diferencias. Marks (5) incluye entre las CA el Trastorno Obsesivo Compulsivo, Gasto excesivo, Cleptomanía, Síndrome de Tourette y Trastorno por Tics. Considera que todas ellas comparten características del síndrome de Dependencia descrito por Edwards (6) para el alcoholismo. En cambio difieren (7) en la vivencia subjetiva del sujeto que considera unas como atractivas y que le reportan sensaciones placenteras, y otras coercitivas, egodistónicas y absurdas. Además se incluyen conductas complejas con una finalidad junto a otras mucho más simples, sin finalidad más allá de la propia realización como los tics.

Quienes propugnan el modelo general argumentan que los pacientes en las distintas CA comparten ciertas características clínicas comunes, especialmente el sentimiento de pérdida de control. Vandereycken (8) rebate este argu-

mento señalando que el hecho de que el paciente exprese que una conducta es incontrolable puede interpretarse simplemente como una táctica autodefensiva para evitar la responsabilidad por la continuación de la conducta y justificar los efectos negativos que tiene.

El catalogar distintos trastornos como CA por existir manifestaciones clínicas similares conlleva para Vandereycken (8) los riesgos de: 1) realizar una excesiva generalización en la evaluación clínica, y 2) practicar un reduccionismo selectivo considerando relevantes sólo las características comunes y minimizando las diferencias. Jaffe (9) que añade que a pesar de que exista una clínica similar las CA pueden ser trastornos de distinta etiología. La inclusión en una "supercategoría" de todas las CA, además de minimizar las diferencias entre las distintas CA, presupone que todas son susceptibles del mismo abordaje terapéutico. Jaffe reconoce que existen mecanismos comunes pero a pesar de ello no se puede abandonar la búsqueda de tratamientos específicos en las distintas CA, algunos de estos de eficacia comprobada (chicles de nicotina y mantenimiento con metadona).

Existen aún resistencias para aceptar como adictivos trastornos en los que no se abusa de sustancias psicoactivas. En el caso del juego patológico Dikerson (10) señala que es aún una cuestión pendiente de aclarar si es o no una adicción. Sin realizar estudios en este sentido, fue aceptado por la mayoría de autores de su carácter de CA, posteriormente apareció en el DSM-III con criterios diagnósticos similares a los de los trastornos por abuso de sustancias. La inclusión del juego patológico entre las CA asume sin que existan aún estudios concluyentes que: 1) los jugadores se dividen en patológicos (excesivos e incontrolados) y sociales (esporádicos y controlados), y 2) las diversas formas de juego son una conducta homogénea, sin prestar atención a las posibles diferencias entre los distintos tipos de juegos de abuso.

En lo que se refiere a los trastornos de alimentación, la bulimia y la obesidad son consideradas adicciones en las que la sustancia de abuso son los alimentos. Según Vandereycken (8) presentarían características diferenciales que las hacen no comparables a las adicciones a sustancias: 1) no existen fenómenos de tolerancia y de abstinencia, 2) aunque pueden preferir un tipo de alimento, prestan más atención a la cantidad ingerida, 3) no experimentan como placentero el acto de la ingesta y esta no produce un alivio de ansiedad sino al contrario. Vandereycken sugiere que el objeto de adicción no sería la ingesta excesiva sino el autocontrol del peso o apariencia física.

La investigación ha demostrado que factores ambientales, dependientes del aprendizaje o condicionamiento, junto a las atribuciones y expectativas pueden modular el efecto de las sustancias de abuso en el individuo activo. La evaluación de estos factores se integra con el estudio de factores biológicos en la comprensión del mecanismo de adicción a sustancias. Igualmente en cada uno de los trastornos considerados CA se deben realizar estudios para conocer los factores etiopatogénicos y manifestaciones clínicas específicas, evitando simplificaciones basadas en las características que comparten las diferentes conductas excesivas.

BIBLIOGRAFIA

1. Donovan DM. Assessment of addictive behaviours: Implications of an emerging biopsychosocial model. En: Donovan DM y Marlatt A, eds Assessment of addictive behaviours. Justchinson Londres 1988.
2. Marlatt A. Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. En: Marlatt A, Gordon J eds Relapse prevention. Guilford, New York, 1985.
3. Heather N, Robertson I. Problem drinking. Penguin Books, Harmondsworth 1985.
4. Wanigaratne S, Wallace W, Pullin J, Keaney F, Farmer R eds. Relapse prevention for addictive behaviours. Blackwell, Londres 1990.
5. Marks I. Behavioural (non-chemical) addictions. Br J Add 1990; 85: 1389-1394.
6. Edwards G, Arif A, Hodgson R. Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: A shortened version of a WHO memorandum. Br J Add. 1982; 77: 3-20.
7. Bradley BP. Behavioural addictions: common features and treatment implications. Br J Add 1990; 85: 1417-1419.
8. Vandereycken W. The addiction model in eating disorders: some critical remarks and a selected bibliography. Int J Eating Dis 1990; 9: 95-101.
9. Jaffe JH. Trivializing dependence. Br J Add. 1990; 85: 1425-1427.
10. Gambling DM. The psychology of a non-drug compulsion. Drug and alcohol Rev 1990; 9: 187-199.
11. Stolerman I. Drugs of abuse: Behavioral principles, methods and terms. Trends in Pharmacological Science (TIPS) 1992; 13: 170-176.

REVISTAS RECIBIDAS

Enginy. Revista del Co.O.P. de Baleares. N.º 5/1992.
Informaciones Psiquiátricas. 4.º Trimestre 1992, N.º 130. Instituto Psiquiátrico Ntra. Sra. de los Dolores. Sant Boi de Llobregat.
Energía, Carácter y Sociedad. Revista semestral de ciencia, cultura y clínica orgonómica de la Es.te.R. Año 7, Vol 10, 1992. Valencia.

Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría. Año 46, vol XXX, N.º 3, julio-septiembre 1992. Santiago de Chile.
International Social Science Journal. Febrero 1993; n.º 135 Unesco. París.
Revista de Sanidad e Higiene Pública. Vol 66 n.º 1 Enero-Febrero y n.º 2 marzo-abril 1992. Ministerio de Sanidad. Madrid.
Boletín de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental. N.º 1. Diciembre 1992.
New trends in experimental and clinical psychiatry. Vol VIII, n.º 4/1992. Roma Italia.
Alcoholism. Journal on alcoholism and related addictions. Vol XXIX, n.º 1-2, Zagreb 1993.
Cuadernos de Terapia Familiar. N.º 21 Otoño 1992, II Epoca, año VI. Madrid.
Revista Española de Drogodependencias. Vol 17, N.º 4/1992. Valencia.
Fogli di informazione. N.º 158. Pistoia. Italia.
Infancia y aprendizaje. N.º 61/1993. Madrid
Papeles del Psicólogo. Revista del C.O.P. Epoca II, N.º 55/1993. Madrid.
El Médico. 30.4.93 N.º 487. Psiquis, 2/1993, Año XV, Vol 14. Madrid.
Panorama Actual del Medicamento. Publicación del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. N.º 161. Madrid

Otros:

Temas de salud mental en la comunidad. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud N.º 9. Organización Panamericana de la Salud. Washington. USA.
Índice Médico Español. N.º 105 y 106. Generalitat Valenciana.