

## PERSPECTIVAS

### EDITORIALES

**1069 Rara vez se tiene una segunda oportunidad con un disparo: La letalidad de los actos suicidas**

*Merete Nordentoft, Dr.Med.Sc., et al*

**1071 Evidencia de los beneficios continuos de la terapia electroconvulsiva**

*Laura J. Fochtmann, M.D., M.B.I.*

**1073 La neurobiología del trastorno de la conducta disruptiva**

*James R. Blair, Ph.D.*

**1075 Una herramienta útil para clínicos que manejan pacientes depresivos**

*Robert M.A. Hirschfeld, M.D.*

### CONFERENCIA DE CASO CLÍNICO



**1077 Abuso perinatal de sustancias: En la encrucijada clínica entre política y práctica**

*Samuel J. House, M.D., et al.* **AUDIO** • **GUÍAS CLÍNICAS**

### PERSPECTIVAS EN SALUD MENTAL GLOBAL

**1081 Una crisis de salud mental agravante: Reflexiones a partir de la experiencia griega con refugiados sirios**

*Dimitris C. Anagnostopoulos, M.D., et al.*

### RESÚMENES Y RESEÑAS



**1083 Utilizando la neurociencia para ayudar a entender el miedo y la ansiedad: Un marco de dos sistemas**

*Joseph E. LeDoux, Ph.D., Daniel S. Pine, M.D.* **EMC** • **AUDIO**

## NUEVAS INVESTIGACIONES

### ARTÍCULOS

**1094 El intento de suicidio como un factor de riesgo del suicidio completado: Incluso más letal de lo que sabíamos**

*J. Michael Bostwick, M.D., et al.* **EDITORIAL** • **EMC** • **AUDIO** • **VIDEO** • **GUÍAS CLÍNICAS**



**1101 TEC unilateral derecha con pulso ultrabreve en la depresión geriátrica: Fase 1 del estudio PRIDE**

*Charles H. Kellner, M.D., et al.* **EDITORIAL** • **AUDIO** • **GUÍAS CLÍNICAS**



**1110 Una estrategia novedosa para la continuación de TEC en la depresión geriátrica: Fase 2 del estudio PRIDE**

*Charles H. Kellner, M.D., et al.* **EDITORIAL** • **AUDIO** • **GUÍAS CLÍNICAS**

**1119 Meta-análisis de estudios de resonancia magnética de los trastornos de la conducta disruptiva**

*Analucia A. Alegria, M.Sc., et al.* **EDITORIAL** • **VIDEO**

**1131 Base patológica del impulso excitatorio deficiente a las interneuronas parvalbúmina corticales en esquizofrenia**

*Daniel W. Chung, M.S., et al.*

**1140 Una breve herramienta clínica para estimar el riesgo de recaída depresiva después de la remisión en pacientes individuales: Prueba de concepto**

*Lewis L. Judd, M.D., et al.* **EDITORIAL** • **EMC** • **AUDIO** • **GUÍAS CLÍNICAS**

**CARTAS AL EDITOR**

- 1147 ¿Asociación no dinámica de los trastornos depresivos y de ansiedad con la longitud del telómero de leucocitos?**  
*Ezra Susser, M.D., Dr.P.H., et al.*
- 1147 Temas no resueltos en la investigación de la longitud de los telómeros longitudinales: Respuesta a Susser et al.**  
*Josine E. Verhoeven, Ph.D., et al.*
- 1149 Desempeño de los criterios de duelo complicado**  
*Geert E. Smid, M.D., Ph.D., Paul A. Boelen, Ph.D.*
- 1150 Hacia un mejor reconocimiento del duelo clínicamente incapacitante: Respuesta a Smid and Boelen**  
*Stephen J. Cozza, M.D., et al.*

**RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1151 Adult Personality Growth in Psychotherapy [Crecimiento de la personalidad adulta en psicoterapia]**  
*Harvey Schwartz, M.D.*
- 1152 Self Psychology and Psychosis: The Development of the Self During Intensive Psychotherapy of Schizophrenia and Other Psychoses [Psicología del sí mismo y psicosis: El desarrollo del sí mismo durante la psicoterapia intensiva para la esquizofrenia y otras psicosis]**  
*Andrés Barrera, M.D.*
- 1153 A Clinical Guide to Psychiatric Ethics [Guía clínica par la ética psiquiátrica]**  
*Rebecca Weintraub Brendel, M.D., J.D.*
- 1154 [Correction]**
- 1155 [Books Received]**

**OTROS TEMAS DE INTERÉS**

**1157 Educación Médica Continuada**

**Cubierta:** [This month's Perspectives in Global Mental Health examines the Syrian refugee crisis through the experience of a teenager who fled to Athens with his father and brother after his mother and sister were killed in Syria. [Clockwise from lower right: the Colonnade in Palmyra, Syria (© Nikidel). Refugees arriving in Lesvos, Greece, in February 2016 (© Anjo Kan). The Acropolis in Athens, Greece (© D. Bond). Refugees awaiting ferry from Lesvos to Athens (© Anjo Kan). All images from shutterstock.com.]

Article content that addresses **Core Competencies**, defined by the Accreditation Council of Graduate Medical Education and the American Board of Medical Specialties, is indicated by the following symbols:

-  Professionalism
-  Patient Care and Procedural Skills
-  Medical Knowledge
-  Practice-Based Learning and Improvement
-  Interpersonal and Communication Skills
-  Systems-Based Practice.

More information is available at [www.abms.org/maintenance\\_of\\_certification/MOC\\_competencies.aspx](http://www.abms.org/maintenance_of_certification/MOC_competencies.aspx)

**La Tabla de Contenidos y resúmenes de Este Número Está Disponible en Español**

*(This issue's Table of Contents and abstracts are available in Spanish)*

Translation presented in collaboration with the Office of Global Health, Rutgers-Robert Wood Johnson Medical School

Support for this effort provided by ACTA Colombia.

**Translation courtesy of**

**Sergi Casals, M.A.**, Garuna, Medellín, Colombia ([www.garunaeditors.com](http://www.garunaeditors.com))

**Carlos Lopez Jaramillo, M.D.**, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

**Javier I. Escobar, M.D., M.Sc.**, Rutgers-Robert Wood Johnson Medical School

**AUDIO** Highlighted in AJP Audio, a downloadable .mp3 file available at [ajp.psychiatryonline.org](http://ajp.psychiatryonline.org)

**EMC** A course covering the content of this article is available online for paid subscribers to the AJP CME Course program

**EDITORIAL** Discussed in one of the issue's editorials

**GUÍAS CLÍNICAS** Clinical Guidance provided on the English table of contents

**VIDEO** Highlighted online by Deputy Editor Daniel S. Pine, M.D.



## Utilizando la neurociencia para ayudar a entender el miedo y la ansiedad: Un marco de dos sistemas

Joseph E. LeDoux, Ph.D., Daniel S. Pine, M.D.

Se ha logrado un enorme progreso en neurociencias básicas en las últimas décadas. Una área que ha sido especialmente exitosa es la investigación sobre cómo el cerebro detecta y responde a las amenazas. Los estudios en esta área han demostrado patrones comparables de las relaciones cerebro-comportamiento subyacentes al procesamiento de las amenazas en varias especies de mamíferos, incluyendo los humanos. Aparentemente esto conformaría un conjunto de datos ideales para avanzar en nuestra comprensión de los trastornos en los que un factor clave es el procesamiento alterado de las amenazas, a saber, el miedo y los trastornos de ansiedad. Pero la investigación sobre el procesamiento de las amenazas no ha conducido a mejoras significativas en la práctica clínica. Los autores proponen que para poder aprovechar este progreso en pro del beneficio clínico es necesario un replanteamiento conceptual. Para dicho cambio

conceptual es esencial el reconocimiento de una distinción entre los circuitos que subyacen a dos tipos de respuestas provocadas por las amenazas: 1) las respuestas comportamentales y los cambios fisiológicos que éstas provocan en el cerebro y en el cuerpo y 2) los estados conscientes de sentimientos reflejados en los auto-informes de miedo y ansiedad. Esta distinción conduce a una visión de «dos sistemas» del miedo y la ansiedad. Los autores aducen que no reconocer y no enfatizar de manera consistente dicha distinción ha impedido el progreso en la comprensión del miedo y los trastornos de ansiedad y ha obstaculizado los intentos de desarrollar tratamientos farmacológicos y psicológicos más efectivos. La visión de dos sistemas ofrece una nueva manera de progresar.

*(Am J Psychiatry 2016; 173:1083–1093)*

## El intento de suicidio como un factor de riesgo del suicidio completado: Incluso más letal de lo que sabíamos

J. Michael Bostwick, M.D., Chaitanya Pabbati, M.D., Jennifer R. Geske, M.S., Alastair J. McKean, M.D.

**Objetivo:** Si bien se considera que el historial de intentos de suicidio predice con certeza el suicidio completado, existen limitaciones en generalizar datos de estudios previos ya que aquellos han utilizado muestras de conveniencia en cuanto a condiciones de tratamiento o métodos específicos, sin tener en cuenta intentos anteriores o sin considerar las muertes en el primer intento. Eliminando estos sesgos se debería poder estimar con mayor precisión la prevalencia suicida en las personas que cometen intentos de suicidio.

**Método:** Este estudio de cohorte, observacional, retrospectivo -prospectivo, que utilizó el *Rochester Epidemiology Project* (Proyecto de Epidemiología de Rochester), identificó 1.490 residentes del condado de Olmsted (hombres, N=555; mujeres, N=935) que habían cometido intentos de suicidio "índice" (primer intento en la vida que recibió atención médica) entre el 1 de enero de 1986 y el 31 de diciembre de 2007. El *National Death Index* (Índice Estadounidense de Defunciones) identificó suicidios entre el momento de ingresar al estudio y el 31 de diciembre de 2010 (seguimiento 3-25 años). De los informes médicos se obtuvo información sobre el sexo, la edad, el método empleado y la atención del seguimiento de los sobrevivientes de los intentos "índice". Los informes forenses dieron datos sobre las muertes en intentos "índice".

**Resultados:** Durante el período de estudio, 81/1.490 inscritos (5,4%) murieron por suicidio. De estos 81, 48 (59,3%) murieron en el intento índice; 27 de los de los 33 que sobrevivieron el intento índice (81,8%) se mataron al año siguiente. La representación de varones fue desproporcionada: 62/81

(11,2% de los hombres, 76,5% de los suicidios) en comparación con 19/81 (2,0% de las mujeres, 23,5% de los suicidios). De las personas que murieron como resultado del intento índice, 72,9% utilizaron armas, dando una razón de disparidad (*odds ratio*) para muerte por disparo de arma, en comparación con todos los otros métodos, de 140 (IC 95%=60–325). Cuando se hicieron ajustes por covariables, los sobrevivientes a los que se les dieron citas psiquiátricas de seguimiento tuvieron una probabilidad significativamente inferior de suicidio subsiguiente (razón de disparidad o *odds ratio*=0,212; IC 95%=0,089–0,507)

**Conclusiones:** La prevalencia de suicidio completado de un 5,4% en los miembros de esta cohorte en la comunidad que hicieron un intento de suicidio fue casi 59% más alta de lo que se había reportado anteriormente. Un aspecto innovador de este estudio explica la discrepancia: al incluir las muertes después del intento "índice"—aproximadamente 60% del total de los suicidios—la prevalencia de suicidio aumentó más del doble. Nosotros sostenemos que contar tanto los intentos índices como los subsiguientes intentos de muerte refleja la prevalencia con mayor precisión. Nuestros hallazgos apoyan la tesis que el intento de suicidio es un factor de riesgo de suicidio completado incluso más letal de lo que se pensaba anteriormente. La investigación debería centrarse en identificar factores de riesgo para poblaciones vulnerables a hacer un primer intento y tener como objetivo la reducción de riesgo en esos grupos.

(*Am J Psychiatry* 2016; 173:1094–1100)



## TEC unilateral derecha con pulso ultrabreve en la depresión geriátrica: Fase 1 del estudio PRIDE

Charles H. Kellner, M.D., Mustafa M. Husain, M.D., Rebecca G. Knapp, Ph.D., W. Vaughn McCall, M.D., M.S., Georgios Petrides, M.D., Matthew V. Rudorfer, M.D., Robert C. Young, M.D., Shirlene Sampson, M.D., Shawn M. McClintock, Ph.D., Martina Mueller, Ph.D., Joan Prudic, M.D., Robert M. Greenberg, M.D., Richard D. Weiner, M.D., Ph.D., Samuel H. Bailine, M.D., Peter B. Rosenquist, M.D., Ahmad Raza, M.D., Ph.D., Styliani Kaliora, M.D., Vassilios Latoussakis, M.D., Kristen G. Tobias, M.A., Mimi C. Briggs, B.A., Lauren S. Liebman, B.A., Emma T. Geduldig, B.A., Abeba A. Teklehaimanot, M.S., Sarah H. Lisanby, M.D., the CORE/PRIDE Work Group

**Objetivo:** El estudio de Remisión Prolongada en Adultos Mayores Deprimidos (PRIDE, por sus siglas en inglés) evaluó la eficacia de la terapia electro-convulsiva (TEC) unilateral derecha con pulso ultra breve combinada con venlafaxina para el tratamiento de la depresión geriátrica.

**Método:** PRIDE fue un estudio multicéntrico de dos fases. La Fase 1 fue un curso agudo de TEC unilateral derecha con pulso ultrabreve, combinada con venlafaxina de etiqueta abierta en siete centros médicos académicos. En la fase 2 (reportada por separado), los pacientes que habían remitido fueron asignados aleatoriamente para recibir farmacoterapia (venlafaxina más litio) o farmacoterapia más TEC de continuación. En la fase 1, los pacientes deprimidos recibieron TEC en dosis altas (seis veces el umbral de la convulsión) tres veces por semana. La venlafaxina se inició durante la primera semana de tratamiento y se continuó durante todo el estudio. La medida de resultado primario fue la remisión, evaluada con la Escala de Evaluación de Depresión de Hamilton (HAM-D) de 24 ítems, que se administró tres veces por semana. Las medidas de resultados secundarios fueron la reorientación post-TEC y la seguridad. Las pruebas t-test apareadas se utilizaron para estimar y evaluar la relevancia del cambio a

partir de la línea de base en los puntajes de la escala HAM-D.

**Resultados:** De 240 pacientes que ingresaron a la fase 1 del estudio, 172 lo completaron. En general, 61,7% (148/240) de todos los pacientes cumplieron con los criterios de remisión, 10,0% (24/240) no remitieron y 28,3% (68/240) abandonaron el estudio; 70% (169/240) cumplieron con los criterios de respuesta. Entre los que remitieron, la reducción media en la puntuación HAM-D fue 24,7 puntos (IC 95%=23,4; 25,9), con una puntuación final media de 6,2 (DE=2,5) y un cambio promedio de 79% desde la línea base. El número medio de tratamientos con TEC que resultaron en remisión fue 7,3 (DE=3,1).

**Conclusiones:** La TEC unilateral derecha con pulso ultra breve, combinada con venlafaxina, es una opción de tratamiento de actuación rápida y altamente efectiva para los pacientes geriátricos deprimidos, con excelente seguridad y tolerabilidad. Estos datos se suman a la base de evidencia que apoya la eficacia de la TEC para tratar la depresión severa en pacientes mayores.

(*Am J Psychiatry* 2016; 173:1101–1109)

## Una estrategia novedosa para la continuación de TEC en la depresión geriátrica: Fase 2 del estudio PRIDE

Charles H. Kellner, M.D., Mustafa M. Husain, M.D., Rebecca G. Knapp, Ph.D., W. Vaughn McCall, M.D., M.S., Georgios Petrides, M.D., Matthew V. Rudorfer, M.D., Robert C. Young, M.D., Shirlene Sampson, M.D., Shawn M. McClintock, Ph.D., Martina Mueller, Ph.D., Joan Prudic, M.D., Robert M. Greenberg, M.D., Richard D. Weiner, M.D., Ph.D., Samuel H. Bailine, M.D., Peter B. Rosenquist, M.D., Ahmad Raza, M.D., Ph.D., Styliani Kaliora, M.D., Vassilios Latoussakis, M.D., Kristen G. Tobias, M.A., Mimi C. Briggs, B.A., Lauren S. Liebman, B.A., Emma T. Geduldig, B.A., Abeba A. Teklehaimanot, M.S., Mary Dooley, M.S., Sarah H. Lisanby, M.D., the CORE/PRIDE Work Group

**Objetivo:** La fase aleatorizada (fase 2) del estudio de Remisión Prolongada en Adultos Mayores Deprimidos (PRIDE, por sus siglas en inglés) evaluó la eficacia y la tolerabilidad de TEC de continuación más medicación en comparación con solamente medicación en pacientes geriátricos deprimidos después de haber recibido TEC con éxito (fase 1).

**Método:** PRIDE fue un estudio multicéntrico de dos fases. La Fase 1 fue un curso agudo de TEC unilateral derecha con pulso ultra breve, aumentada con venlafaxina. La Fase 2 comparó dos brazos de tratamiento aleatorizados: un brazo de solamente medicación (venlafaxina más litio, durante 24 semanas) y un brazo de TEC más medicación (cuatro tratamientos de TEC de continuación durante 1 mes, más TEC adicional según fuera necesario, utilizando el algoritmo de TEC longitudinal, basada en un algoritmos basado en la titulación de síntomas [STABLE, por sus siglas en inglés], mientras se continuaba la venlafaxina más litio. La muestra de intento-a-tratar consistía en 120 individuos de la fase 1 que habían remitido. La medida de resultados de eficacia primarios fue la puntuación en la Escala de Evaluación de Depresión de Hamilton (HAM-D) de 24 ítems, y el resultado de eficacia secundario fue la puntuación en la escala de severidad de Impresiones Clínicas Globales (CGI-S). La tolerabilidad con base en el desempeño neurocognitivo (reportado en otras fuentes) se evaluó utilizando una batería extensiva

de pruebas; el funcionamiento cognitivo global con base en el examen *Mini-Mental State Examination* (MMSE, por sus siglas en inglés: mini examen del estado mental) se reporta aquí. Se utilizó la modelación longitudinal de medidas repetidas de efectos mixtos para comparar TEC más medicación y solamente medicación para los resultados de eficacia y funcionamiento cognitivo global.

**Resultados:** A las 24 semanas, el grupo de TEC más medicación obtuvo puntuaciones HAM-D significativamente más bajas que el grupo de solamente medicación. La diferencia en la media ajustada de las puntuaciones HAM-D al final del estudio fue 4,2 (IC 95%=1,6; 6,9). Un número significativamente mayor de pacientes del grupo de TEC más medicación fueron evaluados como «absolutamente no están enfermos» en la escala CGI-S en comparación con el grupo de solamente medicación. No hubo diferencias significativas entre los grupos en la puntuación en el examen MMSE.

**Conclusiones:** La TEC posterior a la remisión (aquí definida como cuatro tratamientos de TEC de continuación seguida de más TEC solamente si era necesario) fue beneficiosa para mantener la mejoría del estado de ánimo para la mayoría de los pacientes.

(*Am J Psychiatry* 2016; 173:1110–1118)

# Meta-análisis de estudios de resonancia magnética de los trastornos de la conducta disruptiva

Analucia A. Alegria, M.Sc., Joaquim Radua, M.D., Ph.D., Katya Rubia, Ph.D.

**Objetivo:** Los estudios de imágenes de resonancia magnética funcional (IRMf) en trastorno de la conducta y en trastorno oposicional desafiante han mostrado inconsistencias. El objetivo de este meta-análisis de estudios IRMf de los trastornos de la conducta disruptiva fue establecer las disfunciones cerebrales más consistentes y abordar la heterogeneidad relacionada con las tareas y con los subtipos.

**Método:** Se realizó una búsqueda en bases de datos de publicaciones basadas en la web para realizar un meta-análisis de todos los estudios IRMf del cerebro completo de jóvenes con trastorno de la conducta disruptiva o problemas de conducta hasta agosto de 2015. Se realizaron sub-meta-análisis en subdominios funcionales del procesamiento de emociones; en funciones ejecutivas frías y cálidas, que hacen referencia a las funciones cognitivas más altas orientadas a los objetivos con y sin relevancia motivacional y afectiva; y en un subgrupo de jóvenes con rasgos psicopáticos adicionales. Los autores realizaron un meta-análisis de diferencias entre grupos basadas en vóxeles en la activación funcional utilizando la versión de tamaño de efecto anisotrópico de mapeo-d basado en "Seed".

**Resultados:** En 24 estudios, 338 jóvenes con trastornos de la conducta disruptiva o problemas de conducta, en comparación con 298 jóvenes con desarrollo normal, tuvieron consistentemente sub-activación en el sistema cingulado anterior rostral y dorsal y en la corteza prefrontal y el caudato

ventral. Sub-meta-análisis de estudios IRMf mostraron que la disfunción de la corteza fronto-cingulada medial era causada por la función ejecutiva cálida. Los estudios IRMf de sub-meta-análisis del procesamiento de emociones mostraron la sub-activación más consistente en la corteza prefrontal dorsolateral y el polo temporal, mientras que las funciones ejecutivas frías se asociaron con anomalías temporales. Los jóvenes con trastorno de la conducta disruptiva con rasgos psicopáticos mostraron activación hipotalámica límbica prefrontal ventromedial, pero también mostraron hiperactivación en el control cognitivo que media las regiones dorsolaterales prefrontal-dorsal y estriatal.

**Conclusiones:** Los hallazgos muestran que la disfunción más consistente en jóvenes con trastorno de la conducta disruptiva se encuentra en las regiones rostro-dorso medial, fronto-cingulada y ventral-estriatal que median la toma de decisiones basada en recompensas, que típicamente se ve comprometida en el trastorno. Los jóvenes con rasgos psicopáticos, por otro lado, tienen disfunciones asociadas con la corteza prefrontal ventromedial y el sistema límbico, junto con hiperfuncionamiento fronto-estriatal, que puede reflejar poca reactividad al afecto y poca empatía en la presencia de control ejecutivo hiperactivo. Estos hallazgos brindan objetivos potenciales para intervenciones neuroterapéuticas y farmacológicas.

*(Am J Psychiatry 2016; 173:1119–1130)*

## Base patológica del impulso excitatorio deficiente a las interneuronas parvalbúmina corticales en esquizofrenia

Daniel W. Chung, M.S., Kenneth N. Fish, Ph.D., David A. Lewis, M.D.

**Objetivo:** Se propone que el impulso excitatorio deficiente a las interneuronas parvalbúmina corticales es un substrato neural esencial para las oscilaciones gamma alteradas y la función cognitiva en esquizofrenia. Sin embargo, no se ha identificado ninguna entidad patológica que cause un déficit de estas características. Los autores estudiaron la hipótesis que las interneuronas parvalbúmina corticales reciben menos inputs sinápticos excitatorios en individuos con esquizofrenia.

**Método:** Se utilizó inmuno-histoquímica, microscopía focal y técnicas de procesamiento post-imágenes para cuantificar el número de sinapsis excitatorias putativas (es decir, el solapamiento de puncta que expresan el transportador vesicular de glutamato 1 positivo [Vglut1+] y de puncta que expresan la proteína de densidad postsináptica 95 positiva [PSD95+]) por área de superficie de neuronas parvalbúmina-positivas (PV+) o calretinina-positivas (CR+) en la corteza prefrontal dorsolateral de sujetos con esquizofrenia y de los sujetos de comparación no afectados con los que estos fueron emparejados.

**Resultados:** La densidad media de puncta VGlut1+/PSD95+ en las neuronas PV+ fue un 18% inferior en esquizofrenia,

una diferencia significativa. Este déficit no estuvo influenciado por variables de confusión metodológicas ni por factores comórbidos asociados con la esquizofrenia, que no estaban presentes en monos expuestos crónicamente a medicamentos antipsicóticos, ni en las neuronas CR+. La densidad media de puncta VGlut1+/PSD95+ en las neuronas PV+ predijo los niveles de expresión de parvalbúmina y ácido glutámico descarboxilasa 67 (GAD67) dependientes de la actividad en los sujetos con esquizofrenia, pero no en los sujetos de comparación.

**Conclusiones:** Esta es la primera demostración, en opinión de los autores, de que la densidad sináptica excitatoria es inferior selectivamente en las interneuronas parvalbúmina en esquizofrenia y predice la subregulación dependiente de la actividad de parvalbúmina y GAD67. Dado que se requiere de la actividad de las interneuronas parvalbúmina para la generación de oscilaciones gamma corticales y la función de la memoria de trabajo, estos hallazgos revelan un substrato patológico nuevo para la disfunción cortical y los déficits cognitivos en esquizofrenia.

(*Am J Psychiatry* 2016; 173:1131–1139)

# Una breve herramienta clínica para estimar el riesgo de recaída depresiva después de la remisión en pacientes individuales: Prueba de concepto

Lewis L. Judd, M.D., Pamela J. Schettler, Ph.D., A. John Rush, M.D.

**Objetivo:** El objetivo de los autores fue determinar si los síntomas que los pacientes que estuvieron deprimidos experimentan después de como mínimo 8 semanas de remisión se pueden utilizar para identificar el riesgo que corren de recaer durante los siguientes 6 meses.

**Método:** El estudio incluyó 188 pacientes con trastorno depresivo mayor del *National Institute of Mental Health Collaborative Depression Study* (Estudio Colaborativo de Depresión del Instituto Estadounidense de Salud Mental) que fueron evaluados como mínimo una vez con la Lista de Chequeo de Síntomas-90 (SCL-90) después de por lo menos 8 semanas de remisión total de un episodio depresivo (definido por un valor de 1 en la escala de evaluación psiquiátrica semanal para todas las enfermedades depresivas, registrado en las entrevistas de Evaluación de Seguimiento Longitudinal). Se utilizó la regresión logística mixta para identificar una serie de ítems de la lista SCL-90, que fueron los que mejor predijeron la recaída en comparación con la no-recaída en los 6 meses siguientes.

**Resultados:** De 514 evaluaciones completadas con la lista SCL-90 después de la remisión, 73 (14,2%) fueron seguidas

por recaída depresiva en los 6 meses siguientes. Diecisiete ítems de la lista SCL-90 (incluyendo síntomas de depresión, ansiedad y vulnerabilidad psicológica) diferenciaron de manera significativa la recaída de la no-recaída. De éstos, una serie de 12 síntomas separaron al máximo la recaída de la no-recaída. Experimentar uno o más de esos síntomas tuvo una sensibilidad del 80,0% y una especificidad del 51,2% para identificar un período en el que ocurriera una recaída, con un valor predictivo positivo de 21,5% y un valor predictivo negativo de 94,2%. La tasa de recaída fue 5,8% cuando ninguno de los 12 síntomas estaba presente, 16,4% cuando estaban presentes entre uno y cinco síntomas, 34,1% cuando estaban presentes entre seis y nueve síntomas, y 72,2% cuando 10 o más síntomas estaban presentes.

**Conclusiones:** Se puede utilizar una breve escala de síntomas para identificar pacientes que, a pesar de haber remitido completamente después de un episodio depresivo, están en considerable riesgo de recaer en los 6 meses siguientes, y esto se puede utilizar para ofrecer una base para personalizar la intensidad de las visitas de seguimiento.

(*Am J Psychiatry* 2016; 173:1140–1146)