

La correlación entre los factores demográficos y los resultados terapéuticos de paroxetina en el síndrome depresivo endógeno

Leszek Tomasz Roś*

RESUMEN

Objetivo: Análisis de la correlación entre la eficacia terapéutica de paroxetina y los factores demográficos (sexo, edad, situación económica, nivel de estudios, número de incidencias, aumento de depresión, actual situación sentimental, credo religioso, estatus profesional).

Métodos: Se evaluaron 99 personas tratadas con paroxetina por depresión mayor. Los datos para los estudios provienen de las historias clínicas de los pacientes. El tiempo de observación fue de 6 semanas. Cada paciente por separado fue sometido a estudios psiquiátricos y examinado mediante la Escala de Depresión de Hamilton de 24 ítems, el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg y la Escala CGI, lo cual permitió evaluar los efectos del tratamiento.

Resultados: Los resultados del tratamiento de la depresión realmente positivos se obtuvieron en hombres con formación superior que sufrieron depresiones leves poco más de 3 veces a lo largo de su vida. En 27% de pacientes creyentes y practicantes se lograron muy buenos efectos del mismo tratamiento. En cambio, tales factores demográficos como edad del paciente, situación económica, actual situación sentimental o estatus profesional tienen una escasa correlación con los efectos del tratamiento de la depresión.

Conclusiones: Se constató que sólo algunos factores demográficos tienen una correlación significativa con los efectos del tratamiento de la depresión. Paroxetina resultó ser más eficaz en el tratamiento de la depresión en hombres con formación superior que a lo largo de su vida sufrieron pocos episodios de depresión leve mientras que otro tipo de factores demográficos tienen una correlación significativa con los efectos del tratamiento de depresión con sulpiride.

Palabras clave: Depresión mayor, factores demográficos, efectos del tratamiento

SUMMARY

Objectives: The analysis of correlation of therapeutic efficiency of Paroxetine with demographic factors (sex, age, financial conditions, education, number of diseases, intensity of depression, actual emotional state, religious outlook on life and professional status).

Methods: The total number of 99 patients were chosen for the study. Patients were treated with Paroxetine due to a "major depression" syndrome. Data for the study were taken from the diseases history of the persons. Patients were observed for six weeks. Each patient was individually examined by the psychiatrist and was diagnosed according to 24 points Hamilton Depression Evaluation Scale, Beck Depression Self-Assessment Inventory, Montgomery-Asberg Scale and CGI Scale, which allowed for the evaluation of the effects of the treatment.

Results: Significantly good effects of the treatment of "major depression" were obtained for men with high education in whom light depression syndrome occurred not much more than three times in life. Very good results were observed in about 27% of active believer patients. Whereas such demographic factors like age of the patients, financial conditions, actual emotional state and professional status had only little impact on therapeutic effects of the depression.

Conclusions: It has turned out that only some demographic factors clearly correlate with the therapeutic effects of the depression. Best effects of the treatment with Paroxetine were obtained for men with high education in whom not many light depression syndrome occurred in life. Some other demographic factors clearly correlate with the effect of treatment of the depression with Sulpiride.

Key words: Major depression, demographic factors, therapeutic effects.

* Del Instituto Militar de Medicina, Consultorio del Centro Médico de Neurocirugía. Varsovia, Polonia.

Paroxetina-inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina es ampliamente usado en psiquiatría para el tratamiento de episodios de depresión mayor. En el presente trabajo el autor analizó la correlación entre la eficacia terapéutica del fármaco y los factores demográficos de los pacientes objeto de estudio tales como: sexo, edad, domicilio, estado civil, situación económica, nivel de estudios, estatus profesional, entrevista familiar, número de incidencias, tipo de personalidad, aumento de depresión, motivación para seguir el tratamiento, estado somático, evaluación de la vida matrimonial, actual situación sentimental, inicio de la depresión, religión (credo religioso) y duración del episodio depresivo antes de iniciar el tratamiento.

Paroxetina¹ es un fuerte y selectivo inhibidor de la recaptación de la serotonina (ISRS). Paroxetina, derivado de fenilpiperidina, es el más fuerte inhibidor de la recaptación de la serotonina entre todos los antidepresivos disponibles incluidos los ISRS. Paroxetina tiene una escasa afinidad para los sistemas catecolaminérgico, dopaminérgico o histaminérgico, por lo tanto muestra una ligera tendencia a provocar efectos colaterales de tipo central o autonómico. Paroxetina inhibe la síntesis del óxido nítrico. Es a la vez sustrato e inhibidor de la isoenzima del citocromo P4502D6. Paroxetina es bien absorbida después de la administración oral. Los niveles sistémicos en estado de equilibrio se logran a los 4-14 días después de iniciado el tratamiento. Su semivida de eliminación de 21 horas es compatible con una sola administración diaria. Paroxetina en pacientes examinados² con depresión mayor inhibía la recaptación de noradrenalina en 27%. En contraste, desipramina inhibía la recaptación de la noradrenalina en 85%. Paroxetina es un inhibidor de la recaptación de la noradrenalina muy débil,¹ sin embargo muestra una actividad más fuerte que los otros ISRS.

Paroxetina es bien tolerada y eficaz en el tratamiento de depresión y trastornos de ansiedad a cada edad. Paroxetina³ es bien tolerada en el tratamiento de depresión en personas de 65 a 75 años. La seguridad del medicamento permite su administración a personas mayores. Miller M.⁴ utilizó paroxetina con buenos resultados en un paciente con depresión mayor después del trasplante de corazón. Sus estudios indican que el tratamiento con paroxetina puede resultar eficaz en pacientes con trasplantes que sufren depresión postoperatoria. Otros autores trataban con paroxetina la fobia (ansiedad) social y utilismo obteniendo buenos resultados.^{5,6}

Los porcentajes de mejoría de síntomas significativos⁷ altos se han observado después de 16 semanas en adictos a los juegos de azar (juego patológico) que tomaban paroxetina. Los mencionados pacientes mostraban una mayor propensión a obsesiones y acciones compulsivas en base a la Escala Yale-Brown. Otros autores^{8,9} obtuvieron buenos efectos terapéuticos administrando paroxetina a pacientes con el síndrome del intestino irritable. Paroxetina¹⁰ puede ser una alternativa eficaz e indicada para el tratamiento hormonal sustitutivo y otras terapias en el tratamiento de síntomas de menopausia como crisis vasomotoras (sofocos).

Paroxetina es¹¹ un ISRS antidepresivo de primera elección de propiedades ansiolíticas, bien tolerado y seguro. Paroxetina¹ es un fármaco recomendado en el tratamiento de depresión, trastornos obsesivo-compulsivos, pánico, ansiedad generalizada, estrés postraumático, disforia premenstrual y cefalea. Este antidepresivo tiene¹¹ una cierta ventaja en comparación con los anteriores fármacos tricíclicos en lo que se refiere a la ausencia de reacciones indeseables para el sistema circulatorio y un amplio margen de seguridad en sobredosificación. Sin embargo, la discontinuación del medicamento se puede asociar al síndrome de discontinuación. Se recomienda por lo tanto discontinuarlo gradualmente durante 3-4 semanas, a lo mejor con una administración conjunta de fluoxetina para suprimir las manifestaciones del síndrome serotoninérgico de discontinuación. Existe un cierto riesgo de¹² provocar obsesiones o manías como consecuencia del tratamiento de depresión con paroxetina. La administración de este medicamento puede¹³ ocasionar reacciones extrapiramidales, así como reacciones distónicas agudas. Se han recibido reportes ocasionales¹⁴ de efectos hepatotóxicos de paroxetina. Sin embargo, la hepatotoxicidad¹⁵ provocada por paroxetina es muy rara y resultaba reversible al suspender la medicación.

OBJETIVO

El objetivo del trabajo fue analizar la correlación entre la eficacia terapéutica de paroxetina en tratamiento de una depresión mayor y los factores demográficos de los pacientes evaluados tales como: sexo, edad, domicilio, estado civil, situación económica, nivel de estudios, estatus profesional, entrevista familiar, número de incidencias, tipo de personalidad, aumento de depresión, motivación para seguir el tratamiento, estado somático, evaluación de la vida matrimonial, actual situación sentimental,

inicio de depresión, religión (credo religioso), duración del episodio depresivo antes de iniciar el tratamiento.

PERSONAS EXAMINADAS

El grupo de estudio estaba compuesto por personas tratadas con paroxetina por depresión mayor en el consultorio del Instituto Militar de Medicina en Varsovia y en el consultorio privado. En ninguno de los pacientes se han reportado cambios orgánicos en el sistema nervioso central, otras enfermedades psíquicas ni dependencias de sustancias psicoactivas. Durante la evaluación del tratamiento en pacientes no se han utilizado otros fármacos antidepresivos ni neurolépticos. En caso de intensificación de la ansiedad fue admitida una administración temporal de derivados de benzodiazepina. En caso de evidentes alteraciones del sueño se ha administrado zolpide o zopiklon. El grupo de estudio estaba constituido por 99 pacientes de ambos sexos. Los pacientes cumplían con los criterios de depresión mayor. En ninguno de los pacientes se ha constatado síndrome maníaco-depresivo. La duración de fases depresivas en pacientes en la mayoría de las veces oscilaba alrededor de los 6 meses. Entre los síntomas predominaban: ansiedad, pánico, angustia, agitación psicomotora, alucinaciones o delirios depresivos, insomnio.

MÉTODOS

Los datos para los estudios provienen de las historias clínicas de los pacientes que constituían el grupo de estudio. En cada historia clínica se anotaron los resultados de la entrevista familiar y se describieron las sucesivas consultas basándose en exámenes médicos del estado clínico (psíquico y somático) de los pacientes. Se reportaron también estudios de laboratorio de sangre y orina, ECG y EEG y una radiografía del tórax. Cada paciente fue detalladamente evaluado tanto al inicio como al final de una observación de 6 semanas en base a la Escala de Depresión de Hamilton de 24 ítems, el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg. Los tests sirvieron para evaluar el grado de mejoría clínica de respectivos pacientes. Los resultados del tratamiento fueron evaluados por el autor del trabajo, basándose en estudios clínicos de los pacientes, así como en base a la Escala CGI, la Escala de Depresión de Hamilton y el Inventario de Depresión de Beck y la

Escala de Depresión de Montgomery-Asberg. El autor evaluó el incremento de la depresión basándose en los estudios clínicos y en el ICD-10 (The ICD 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders). Para analizar estadísticamente los resultados obtenidos se utilizó el análisis de variantes. La significación p se calculó en base a la estadística F con los grados de libertad determinados como df effect y df Error. Para una serie de características de escaso valor se calcularon así las llamadas tablas de contingencia. La significación de la relación de preguntas contenidas en los tests de Hamilton, Beck y Montgomery-Asberg con los resultados del tratamiento fue examinada utilizando el coeficiente de correlación de tau Kendall. Para verificar si después del tratamiento se obtuvieron resultados significativos peores que antes del tratamiento según las Escalas de Hamilton, Beck y Montgomery-Asberg, se empleó el test t de Student para las variables dependientes. Además se calcularon los coeficientes alfa de Cronbach utilizados para verificar la medida de homogeneidad, es decir la consistencia interna de las preguntas (ítems) de los tests.

RESULTADOS

SEXO

En ambas variables que reflejan los resultados del tratamiento después de la terapia con paroxetina existe una escasa prevalencia de hombres. Dicha prevalencia se acerca a una significación estadística. La diferencia consiste en el hecho de que en el grupo de hombres la categoría 1, o sea la completa remisión sostenida de la depresión, es superior a 50% (exactamente 52.27%) mientras que en el grupo de mujeres la categoría *recurrencias* 1 no supera 40% (exactamente el 36.36%). La significación estadística es la siguiente: $p = 0.13$, por lo tanto no es realmente significativa. La relación para los resultados del tratamiento resulta analógica.

EDAD

Se reporta una ligera (insignificante) correlación entre la edad y los efectos del tratamiento, es decir los pacientes más jóvenes obtienen los efectos del tratamiento un poco mejores. Lo ilustra la correlación de Pearson indicada más abajo:

$$0.1595$$
$$p = 0.115$$

En cambio, la edad no evidencia la correlación con las recurrencias (recidivas) de la depresión.

SITUACIÓN ECONÓMICA

Se estudió la correlación entre los resultados del tratamiento y las recurrencias de la depresión de una parte y la situación económica de los pacientes de la otra. En este caso, una ligera relación de dependencia se refiere sólo a las recurrencias de la depresión. Eso quiere decir que la gente que goza de una buena posición económica es más resistente a padecer recidivas de la depresión, mientras que las personas en situación económica precaria presentan menos resistencia. Lo ilustra la correlación de Pearson indicada más abajo:

$$0.1814$$

$$p = 0.072$$

La correlación de la situación económica y los resultados del tratamiento de los pacientes es insignificante.

NIVEL DE ESTUDIOS

Es significativa la correlación con el nivel educativo de los pacientes ($p = 0.010$). Los datos más detallados se resumen en el *cuadro I*

Respecto a las recurrencias de la depresión, se nota claramente que la peor opción se refiere a los

pacientes con estudios básicos. Dos tercios de los pacientes sufren recidivas de depresión después de 6 semanas o una total falta de mejoría. La mejor opción aparece en casos de individuos con formación técnica y media. Alrededor de la mitad de los pacientes (más de 40%) experimenta una remisión sostenida de la depresión o la depresión recurre después de una larga temporada. La mejor opción posible es característica de los pacientes con formación superior. Más de 60% experimenta una remisión sostenida de la depresión.

El *cuadro II* refleja la relación existente entre el nivel educativo de los pacientes y los resultados del tratamiento de la depresión.

La interpretación de la influencia del nivel de estudios de los pacientes en los efectos del tratamiento de depresión es absolutamente analógica como en el caso de las recurrencias de la depresión. La significación es la siguiente: $p = 0.002$.

NÚMERO DE INCIDENCIAS

El *cuadro III* ilustra la relación del número de incidencias de depresión con sus recurrencias.

La correlación del número de incidencias (es decir "cuántas veces el paciente sufre depresión") con las recurrencias del episodio depresivo también se acerca a una significación estadística ($p = 0.102$). Los sucesivos episodios depresivos disminuyen posibilidades de lograr una remisión sostenida de la depresión, lo cual se desprende de la primera columna del *cuadro IV*.

Cuadro I.

	Recurrencias	Recurrencias	Recurrencias	Recurrencias	Línea
	1	2	3	4	
Nivel de estudios	una remisión completa sostenida (con paroxetina)	recurrencia de la depresión pero después de una larga temporada	se produce una remisión y luego una recurrencia después de 6 semanas de tratamiento	falta de mejoría	Total/número de pacientes
Básico	1	1	2	2	6
% de línea	16.67	16.67	33.33	33.33	
Técnico	5	0	5	1	11
% de línea	45.45	0.00	45.45	9.09	
Medio	14	5	12	13	44
% de línea	31.82	11.36	27.27	29.55	
Superior	23	2	9	3	37
% de línea	62.16	5.41	24.32	8.11	
Total	43	8	28	19	98
% tabla	43.88	8.16	28.57	19.39	100.00

Cuadro II.

	Result. Trat 1 una remisión completa sostenida	Result. Trat 2 mejoría sustancial	Result. Trat 3 mejoría moderada	Result. Trat 4 mejoría leve	Result. Trat 5 falta de mejoría	Línea Total/ número de pacientes
Básico	1	0	1	1	3	6
% de línea	16.67	0.00	16.67	16.67	50.00	
Técnico	5	0	3	2	1	11
% de línea	45.45	0.00	27.27	18.18	9.09	
Medio	16	3	10	2	13	44
% de línea	36.36	6.82	22.73	4.55	29.55	
Superior	24	3	6	1	3	37
% de línea	64.86	8.11	16.22	2.70	8.11	
Total	46	6	20	6	20	98

Cuadro III.

	Recurrencias 1	Recurrencias 2	Recurrencias 3	Recurrencias 4	Línea Total/número de pacientes
Primera depresión	7	0	3	0.00	10
% de línea	70.00	0.00	30.00	0.00	
Segunda depresión	14	0	9	6	29
% de línea	48.28	0.00	31.03	20.69	
Tercera depresión	22	9	16	13	60
% de línea	36.67	15.00	26.67	21.67	
Total	43	9	28	19	99

Cuadro IV.

	Result. Trat 1	Result. Trat 2	Result. Trat 3	Result. Trat 4	Result. Trat 5	Línea Total/ número de pacientes
Primera depresión	7	1	1	1	0	10
% de línea	70.00	10.00	10.00	10.00	0.00	
Segunda depresión	14	2	7	0	6	29
% de línea	48.28	6.90	24.14	0.00	20.69	
Tercera depresión	26	3	12	5	14	60
% de línea	43.33	5.00	20.00	8.33	23.33	
Total	47	6	20	6	20	99

De modo semejante se presenta la relación del número de incidencias con resultados del tratamiento de depresión ($p = 0.112$). Las dos primeras columnas del *cuadro IV* se refieren a la completa remisión de la depresión y una mejoría sustancial después del tratamiento. Las dos primeras categorías de resultados del tratamiento experimentan una disminución del

porcentaje junto con la sucesiva depresión. En caso de la primera depresión tenemos 80% de posibilidades de una completa remisión sostenida de la depresión o una mejoría sustancial. En caso de la segunda depresión esta posibilidad disminuye en más de 50%, y en caso de la tercera o la sucesiva depresión dichas posibilidades disminuyen por debajo de 50%.

AUMENTO DE DEPRESIÓN

Los *cuadros V y VI* ilustran la relación existente entre el aumento de depresión (es decir la distinción entre depresiones leves, moderadas y mayores) y sus recurrencias por una parte y los resultados de su tratamiento por la otra.

Todavía más significativa que el número de incidencias es, desde el punto de vista estadístico ($p = 0.009$), la correlación entre las recurrencias de la depresión y su intensificación. La principal causa de esta significativa correlación es una gran diferencia que existe entre los dos primeros porcentajes de la primera columna. Las depresiones leves se curan dos veces mejor que las depresiones moderadas.

Para el resultado del tratamiento la correlación es completamente analógica ($p = 0.019$).

ACTUAL SITUACIÓN SENTIMENTAL

La correlación entre las recurrencias y los resultados del tratamiento (tratándose sólo de la remisión completa sostenida de la depresión) y la actual situación sentimental es menos significativa. Su único

elemento es el impacto terapéutico positivo de permanecer en una unión sentimental de hecho exitosa, en comparación con la soledad del paciente o una relación sentimental de hecho que es para él una fuente de estrés.

CREDO RELIGIOSO

Los *cuadros VII y VIII* ilustran la relación del credo religioso de los pacientes con las recurrencias y los resultados del tratamiento de depresión.

La correlación más importante desde el punto de vista estadístico ($p = 0.001$) se ve reflejada en la primera columna del *cuadro VIII*. Dicha columna se refiere a la remisión completa sostenida de la depresión. Al pasar a la siguiente categoría, la del credo religioso, el número de remisiones sostenidas aumenta 20%.

La relación de dependencia analógicamente fuerte ($p = 0.01$) existe entre el credo religioso de los pacientes y los resultados del tratamiento de depresión.

Existe una cierta relación entre el hecho de estar jubilado y las remisiones de la depresión y los resultados del tratamiento. Los jubilados se curan

Cuadro V.

Aumento de depresión	Recurrencias 1	Recurrencias 2	Recurrencias 3	Recurrencias 4	Línea Total/número de pacientes
Leve	11	0	1	1	13
% de línea	84.62	0.00	7.69	7.69	
Moderada	21	6	13	10	50
% de línea	42.00	12.00	26.00	20.00	
Mayor	11	3	14	8	36
% de línea	30.56	8.33	38.89	22.22	
Total	43	9	28	19	99

Cuadro VI.

Aumento de depresión	Result. Trat 1	Result. Trat 2	Result. Trat 3	Result. Trat 4	Result. Trat 5	Línea Total/número de pacientes
Leve	11	1	0	0	1	13
% de línea	84.62	7.69	0.00	0.00	7.69	
Moderada	22	3	13	2	10	50
% de línea	44.00	6.00	26.00	4.00	20.00	
Mayor	14	2	7	4	9	36
% de línea	38.89	5.56	19.44	11.11	25.00	
Total	47	6	20	6	20	99

Cuadro VII.

	Recurrencias 1	Recurrencias 2	Recurrencias 3	Recurrencias 4	Línea Total/ número de pacientes
Creyente practicante	7	5	11	10	33
% de línea	21.21	15.15	33.33	30.30	
Creyente no practicante	12	3	9	6	30
% de línea	40.00	10.00	30.00	20.00	
No creyente	22	1	8	3	34
% de línea	64.71	2.94	23.53	8.82	
Total	41	9	28	19	97

Cuadro VIII.

	Result. Trat 1	Result. Trat 2	Result. Trat 3	Result. Trat 4	Result. Trat 5	Línea Total/ número de pacientes
Creyente practicante	9	1	10	3	10	33
% de línea	27.27	3.03	30.30	9.09	30.30	
Creyente no practicante	13	5	3	2	7	30
% de línea	43.33	16.67	10.00	6.67	23.33	
No creyente	23	0	7	1	3	34
% de línea	67.65	0.00	20.59	2.94	8.82	
Total	45	6	20	6	20	97

peor en comparación con otros profesionales. Otros datos demográficos incluidos en la encuesta no tienen ninguna correlación con la remisión y los resultados del tratamiento de depresión.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

En el grupo de pacientes examinados sólo una parte de los factores demográficos aquí mencionados tiene la correlación con la remisión y los resultados del tratamiento de depresión. El grupo de control fue constituido por 100 pacientes tratados con sulpiride por depresión (tesis doctoral del autor).

Sexo

En hombres tratados con paroxetina se obtienen unos resultados del tratamiento de depresión un poco mejores que en mujeres. Una completa remisión sostenida de la depresión se logra incluso en 50% de hombres, y sólo en menos de 40% de mujeres. En hombres y mujeres tratados con sulpiride se obtienen semejantes resultados del tratamiento de depresión.

Edad

Existe sólo una escasa correlación de la edad de pacientes tratados con paroxetina con los re-

sultados del tratamiento de depresión. Los pacientes más jóvenes obtienen unos resultados del tratamiento un poco mejores, lo cual ilustra la correlación de Pearson. En el grupo de personas tratadas con sulpiride los peores resultados del tratamiento se registraron en los enfermos de edad avanzada, es decir de 60 años y más. En los restantes grupos de edad, los resultados del tratamiento fueron parecidos, sin embargo significativamente mejores que en pacientes más ancianos.

Situación económica

Se ha observado sólo una ligera correlación entre la situación económica y los resultados del tratamiento de la depresión en pacientes tratados con paroxetina. Las personas que gozan de mejor situación económica presentan más resistencia a recurrencias de la depresión, mientras que los que tienen una situación económica menos favorable son menos resistentes, lo cual ilustra la correlación de Pearson. En pacientes tratados con sulpiride se obtuvieron unos resultados del tratamiento un poco mejores (recurrencias más raras), respecto a los grupos de peor situación económica.

Nivel de estudios

En el grupo de los tratados con paroxetina los mejores resultados del tratamiento de depresión se lograron en pacientes con formación superior. Más de 60% de los pacientes experimenta una remisión sostenida de la depresión. En el grupo de los tratados con sulpiride, los resultados del tratamiento de la depresión significativamente mejores se lograron en personas con estudios superiores y técnicos.

Número de incidencias

En el grupo de los pacientes tratados con paroxetina, los sucesivos casos de depresión (incidencias) disminuyen la posibilidad de remisión sostenida de la depresión. En el grupo de los tratados con sulpiride, el número de incidencias de depresión no influye en los resultados del tratamiento.

Aumento de depresión

En el grupo de los tratados con paroxetina las depresiones leves se curan dos veces mejor que las depresiones moderadas. En el grupo de los tratados con sulpiride por depresiones con carácter leve y moderado se puede observar una mejoría sustancial.

Actual situación sentimental

En el grupo de los pacientes tratados con paroxetina podemos observar un impacto terapéutico positivo en las personas que mantienen una relación sentimental de hecho exitosa. En el grupo de los tratados con sulpiride se puede observar la ausencia de correlación entre la evaluación de la actual situación sentimental y los resultados del tratamiento.

Credo religioso

En el grupo de los pacientes tratados con paroxetina, 67% de los pacientes no creyentes experimenta la remisión completa sostenida de la depresión. El resultado del tratamiento tan óptimo lo presentan 43% de los pacientes creyentes y no practicantes y 27% de los pacientes creyentes y practicantes. En el grupo de los tratados con sulpiride los resultados significativos mejores del tratamiento los obtienen las personas creyentes y practicantes.

Estatus profesional

En el grupo de los pacientes tratados con paroxetina, los jubilados se curan peor en comparación a otros profesionales. En cuanto a los tratados con sulpiride los peores resultados del tratamiento se observan en los agricultores.

Otros autores¹⁶ también destacaron la relación de los factores demográficos con los resultados del tratamiento de la depresión con paroxetina. Los mismos autores observaron mejores resultados del tratamiento con paroxetina en mujeres. Sin embargo, otros autores¹⁷ constataron en sus estudios que ni la edad de los pacientes ni su nivel educativo no influyen en los resultados del tratamiento de la depresión con paroxetina. En cambio, otros autores¹⁸ han observado que paroxetina es igualmente eficaz en el tratamiento de depresión a cada edad. No obstante, hay otros autores¹⁹ que anotaron que paroxetina demostró un semejante nivel de eficacia en depresión mayor tanto en los pacientes jóvenes como en los mayores. Otros²⁰ constataron que paroxetina es segura y eficaz en el tratamiento de depresión en personas ancianas.

CONCLUSIONES

1. Se comprobó que en el grupo de pacientes (tratados con paroxetina) objeto de estudio sólo tales factores demográficos como: sexo, nivel de estudios, número de incidencias, aumento de depresión, credo religioso tienen una correlación significativa con los resultados del tratamiento de depresión.
2. Los mejores resultados del tratamiento de depresión en el grupo estudiado se lograron en hombres con estudios superiores que sufrieron depresiones leves poco más de 3 veces a lo largo de su vida. En 27% de los pacientes creyentes y practicantes tratados por depresión se obtuvieron muy buenos resultados.
3. Los factores demográficos que tienen una significativa correlación con resultados del tratamiento de depresión en el grupo de control (pacientes tratados con sulpiride) no son totalmente compatibles con los que tienen una correlación significativa con resultados del tratamiento de depresión en el grupo de estudio (pacientes tratados con paroxetina).
4. Paroxetina produce mejores resultados del tratamiento de depresión que sulpiride en pacientes que tienen una buena situación económica y mantienen una relación sentimental de hecho exitosa, así como en los profesionales de la agricultura, lo cual ilustra entre otros la correlación de Pearson.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bourin M, Chue P, Guillon Y. Paroxetina: revision (Paroxetine: a review). *CNS Drug Reviews* 2001;7(1):25-47, Spring.

2. Gilmore ML, Owens MJ, Nemeroff CB. La inhibición de la recaptación de la noradrenalina en pacientes con depresión mayor tratados con paroxetina (Inhibition of norepinephrine uptake in patients with major depression treated with paroxetine). *American Journal of Psychiatry* 2002;159(10):1702-10.
3. Bourin M. El uso de paroxetina en el tratamiento de depresión y trastornos de ansiedad en personas ancianas: revisión (Use of paroxetine for the treatment of depression and anxiety disorders in the elderly: a review). *Human Psychopharmacology* 2003;18(3):185-90.
4. Miller M. Depresión después del trasplante del corazón tratada con psicoterapia interpersonal y paroxetina (Depression after cardiac transplant treated with interpersonal psychotherapy and paroxetine). *American Journal of Psychotherapy* 2002;56(4):555-61.
5. Autores anónimos. Paroxetina: nueva indicación. En la fobia social: evaluación mínima (Paroxetine: new indication. In social phobia: minimal assessment). *Prescribe International* 2003;12(66):137-9.
6. Randall CL, Johnson MR, Thevos AK, Sonne SC, Thomas SE, Willard SL, Brady KT, Davidson JR. Paroxetina en la fobia social y etilismo en pacientes con diagnóstico doble (Paroxetine for social anxiety and alcohol use in dual-diagnosed patients). *Depression and Anxiety* 2001;14(4):255-62.
7. Grant JE, Kim SW, Protenza MN, Blanco C, Ibanez A, Stevens L, Hektner JM, Zaninelli R. Tratamiento con paroxetina de la adicción patológica a los juegos de azar: estudio/ensayo multicéntrico controlado randomizado (Paroxetine treatment of pathological gambling: a multicentre randomized controlled trial). *International Clinical Psychopharmacology* 2003;18(4):243-9.
8. Creed F, Fernandes L, Guthrie E. Relación coste-eficacia de psicoterapia y paroxetina en el síndrome agudo del intestino grueso irritable (The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome). *Gastroenterology* 2003;124(2):303-17.
9. Masand PS, Gupta S, Schwartz TL, Kaplan D. ¿Si los trastornos de ansiedad preexistentes predicen la respuesta a paroxetina en el síndrome del intestino grueso irritable? (Does a preexisting anxiety disorder predict response to paroxetine in irritable bowel syndrome?) *Psychosomatics* 2002;43(6):451-5.
10. Stearns V, Beebe KL, Iyengar M, Dube E. Paroxetina de liberación controlada en el tratamiento de sofocos de la menopausia: un ensayo controlado randomizado (Paroxetine controlled release in the treatment of menopausal hot flashes: a randomized controlled trial). *JAMA* 2003;289(21):2827-34.
11. Green B. Focalización en paroxetina (Focus on paroxetine). *Current Medical Research and Opinion* 2003;19(1):13-21.
12. DeVane CL. Interacciones farmacocinéticas de medicamentos y tolerabilidad de paroxetina y paroxetina de liberación controlada (CR). (Pharmacokinetics, drug interaction, and tolerability of paroxetine and paroxetine CR). *Psychopharmacology Bulletin* 2003;37(Suppl 1):29-41, Spring.
13. Arnone D, Hansen L, Kerr JS. Reacción distónica aguda en paciente de edad avanzada con trastornos del estado de ánimo en reacción a un aumento de la dosis de paroxetina: posibles mecanismos e implicaciones para terapia clínica (Acute dystonic reaction in an elderly patient with mood disorder after titration of paroxetine: possible mechanisms and implications for clinical care). *Journal of Psychopharmacology* 2002;16(4):395-7.
14. Azaz-Liwshits T, Hershko A, Ben-Chetrit E. Hepatotoxicidad asociada a paroxetina: reporte de 3 casos y revisión de la literatura (Paroxetine associated hepatotoxicity: a report of 3 cases and a review of the literature). *Pharmacopsychiatry* 2002;35(3):112-5.
15. Odeh M, Misselevich J, Boss JH, Oliven A. Hepatotoxicidad severa con hepatitis asociada a paroxetina (Severe hepatotoxicity with jaundice associated with paroxetine). *American Journal of Gastroenterology* 2001;96(8):2494-6.
16. Nickel T, Sonntag A, Schill J. Efectos clínicos y neurobiológicos de tianeptina y paroxetina en depresión mayor (Clinical and neurobiological effects of tianeptine and paroxetine in major depression). *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2003;23(2):155-68.
17. Nebes RD, Pollock BG, Houck PR. Persistencia de disfunciones cognitivas en pacientes geriátricos después del tratamiento antidepressivo: estudio clínico randomizado doble ciego con nortriptilina y paroxetina (Persistence of cognitive impairment in geriatric patients following antidepressant treatment: a randomized, double-blind clinical trial with nortriptyline and paroxetine). *Journal of Psychiatric Research* 2003;37(2):99-108.
18. Bourin M, Chue P, Guillon Y. Paroxetina: revisión (Paroxetine: a review). *CNS Drug Reviews* 2001;7(1):25-47, Spring.
19. Dunner D, Kumar R. Paroxetina: revisión de experiencias clínicas (Paroxetine: a review of clinical experience). *Pharmacopsychiatry* 1998;31(3):89-101.
20. Weihs KL, Settle EC Jr, Batey SR. Bupropion de liberación sostenida en comparación con paroxetina en el tratamiento de depresión en personas en edad avanzada (Bupropion sustained release versus paroxetine for the treatment of depression in the elderly). Comentario en: *J Clin Psychiatry*. 2001 May; 62(5): 373-5, PM/D: 11411822. *Journal of Clinical Psychiatry* 2000;61(3):196-202.

Correspondencia:
Dr. Leszek Roś
ul. Zabblocińska 6 m. 55
01-697 Warszawa (Varsovia)
Polonia