

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 4, Número 2



Septiembre 2006

EDITORIAL

Consolidación institucional e impacto global: hacia una Psiquiatría para la persona
J.E. MEZZICH 65

PERSPECTIVA

Devolución de la deuda: cómo pueden invertir los países ricos para aumentar los recursos de asistencia en salud mental de los países en vías de desarrollo
V. PATEL, J. BOARDMAN, M. PRINCE, D. BHUGRA 67

ARTÍCULOS ESPECIALES

La ciencia del bienestar: un enfoque integral de la salud mental y sus trastornos
C.R. CLONINGER 71

La hipótesis del cerebro social en la esquizofrenia
J. BURNS 77

Avances recientes en la teoría de la disociación
C. SPITZER, S. BARNOW, H.J. FREYBERGER, H.J. GRABE 82

FORUM – LA PSIQUIATRÍA FORENSE HOY EN DÍA

Psiquiatría forense: alcance actual, desafíos y controversias
J. ARBOLEDA-FLÓREZ 87

Comentarios

Psiquiatría forense: una subespecialidad en desarrollo
A.D. JAGER 92

La dudosa ascensión de la Psiquiatría forense
N. KONRAD 93

Implicaciones éticas de la práctica de la Psiquiatría forense
A. CALCEDO-BARBA 93

Psiquiatría y tortura
D. MATTHEWS 94

Delito y enfermedad mental: el momento de pasar a los hechos
D. SESTOFT 95

La Psiquiatría forense hoy en día: una perspectiva desde América Latina
J.G.V. TABORDA 96

Psiquiatría forense: la experiencia en África
F.G. NJENGA 97

Análisis de los conceptos y dificultades cambiantes en la Psiquiatría forense
S. SHARMA, G. SHARMA 97

Práctica de la Psiquiatría forense: similitudes y diferencias en todo el mundo
V.T. VELINOV, P.M. MARINOV 98

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Tratamiento de los pacientes con un primer episodio de psicosis: resultados del Danish National Schizophrenia Project a los 2 años
B. ROSENBAUM, K. VALBAK, S. HARDER, P. KNUDSEN, A. KØSTER Y COLS. 100

¿Influyen las creencias respecto a la etiología de la enfermedad mental en las actitudes personales frente a ella?
O. GUREJE, B.O. OLLEY, O. EPHRAIM-OLUWANUGA, L. KOLA 104

Percepciones de las madres palestinas respecto a los problemas de salud mental infantil y los servicios disponibles
A.A. THABET, H. EL GAMMAL, P. VOSTANIS 108

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

Dificultades y retos de la Psiquiatría: aplicación de la Declaración de Salud Mental para Europa
M. MUIJEN 113

Cultura y salud mental en las mujeres del Sudeste Asiático
U. NIAZ, S. HASSAN 118

CARTA AL DIRECTOR 121

NOTICIAS DE LA WPA

Encuesta General Trienal de la actividad de la WPA (2002-2005)
J.L. COX, E. ASUEJO 122

Reuniones científicas de la WPA: el eslabón entre las ciencias y la calidad asistencial
P. RUIZ 126

Congreso Internacional de la WPA de 2007 (Melbourne, Australia; 28 de noviembre-2 de diciembre)
H. HERRMAN 127

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 4, Número 2



Septiembre 2006

Traducción íntegra de la Edición Original

Publicación imprescindible para todos los psiquiatras y profesionales de la salud mental que necesiten una puesta al día en todos los aspectos de la psiquiatría

EDICIÓN ORIGINAL

Editor: M. Maj (Italy)

Associate Editor: H. Herrman (Australia)

Editorial Board: J.E. Mezzich (USA), J. Cox (UK), S. Tyano (Israel), P. Ruiz (USA), A. Tasman (USA), M. Jorge (Brazil)

Advisory Board: H.S. Akiskal (USA), R.D. Alarcón (USA), S. Bloch (Australia), G. Christodoulou (Greece), H. Freeman (UK), M. Kastrup (Denmark), H. Katschnig (Austria), D. Lipsitt (USA), F. Lolas (Chile), J.J. López-Ibor (Spain), R. Montenegro (Argentina), D. Moussaoui (Morocco), P. Munk-Jorgensen (Denmark), F. Njenga (Kenya), A. Okasha (Egypt), J. Parnas (Denmark), V. Patel (India), N. Sartorius (Switzerland), B. Singh (Australia), P. Smolik (Czech Republic), R. Srinivasa Murthy (India), J. Talbott (USA), M. Tansella (Italy), J. Zohar (Israel)

EDICIÓN EN ESPAÑOL

Comité Consultor: E. Baca (España), E. Belfort (Venezuela), C. Berganza (Guatemala), J. Bobes (España), E. Camarena-Robles (México), F. Chicharro (España), R. Cordoba (Colombia), R. González-Menéndez (Cuba), E. Jadresic (Chile), M. Jorge (Brasil), C. Leal (España), R. Montenegro (Argentina), N. Noya Tapia (Bolivia), A. Perales (Perú), M. Rondón (Perú), L. Salvador-Carulla (España)

Periodicidad: 3 números al año

Disponible en Internet: www.ArsXXI.com/WP

Consulte nuestra página web www.ArsXXI.com donde podrá acceder a nuestras publicaciones

Atención al cliente: Tel. (34) 902 195 484 • Correo electrónico: revistas@ArsXXI.com

Ars Medica

Barcelona · Madrid · Buenos Aires · México D.F.

Bolivia · Brasil · Chile · Colombia · Costa Rica · Ecuador · El Salvador · Estados Unidos · Guatemala
Honduras · Nicaragua · Panamá · Paraguay · Perú · Portugal · República Dominicana · Uruguay · Venezuela

Publicidad: Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L.

Passeig de Gràcia 84, 1.ª • 08008 Barcelona • Tel. (34) 932 721 750 • Fax (34) 934 881 193

Arturo Soria 336, 2.ª pl. • 28033 Madrid • Tel. (34) 911 845 430 • Fax (34) 911 845 461

© Copyright World Psychiatric Association

Publicado por Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L.

Publicación que cumple los requisitos de soporte válido

ISSN: 1697-0683

Composición y compaginación: Grafic-5, S. L. • Santiago Rusiñol 23 • 08031 Barcelona

Depósito Legal: B-34.071-2003

Impresión y encuadernación: Gràfiques 92, S. A. • Av. Can Sucarrats 91 • 08191 Rubí (Barcelona)

Reservados todos los derechos.

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita del editor, bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción parcial o total de esta publicación por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo públicos.

Traducido por Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., del original en lengua inglesa (Volumen 5, Número 2, 2006). La responsabilidad de la traducción recae sólo en Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., y no es responsabilidad de la World Psychiatric Association (WPA).

Translated by Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., from the original English language version (Volume 5, Number 2, 2006). Responsibility for the accuracy of the Spanish language rests solely with Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., and is not the responsibility of the World Psychiatric Association (WPA).

World Psychiatry (Edición en Español) ha sido editada con el permiso de la WPA.

World Psychiatry está indexada en PubMed, Current Contents/Medicina Clínica, Current Contents/Ciencias Sociales y del Comportamiento y Science Citation Index.

LOPD: Informamos a los lectores que, según la ley 15/1999 de 13 de diciembre, sus datos personales forman parte de la base de datos de Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L. Si desea realizar cualquier rectificación o cancelación de los mismos, deberá enviar una solicitud por escrito a: Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L. Paseo de Gracia 84, 1.ª 08008 Barcelona.

Consolidación institucional e impacto global: hacia una Psiquiatría para la persona

JUAN E. MEZZICH

President, World Psychiatric Association

Quisiera compartir con los lectores de *World Psychiatry* el plan de trabajo de esta presidencia para el trienio 2005-2008, que he preparado en los últimos meses junto con el Comité ejecutivo y otros asesores. El plan consta de las siguientes metas, conceptos y actividades.

PROMOCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN ESTRATÉGICO 2005-2008

Este objetivo consiste en la supervisión de la ejecución de las metas amplias y específicas del Plan estratégico por parte de los diversos componentes de la WPA y la ayuda para vigilar la consecución de dichas metas. La puesta en práctica del Plan estratégico comienza con la formulación de planes de trabajo detallados por parte de los miembros del Comité ejecutivo, los representantes de zona y los directores de los Comités permanente y operativo y de los Programas institucionales. El conjunto de todos estos planes de trabajo que complementan el Plan estratégico constituirá el Plan de gobierno de la WPA 2005-2008.

Los mecanismos de control son los siguientes: a) los informes anuales de cada uno de los funcionarios y estamentos de la WPA mencionados anteriormente; b) los foros de la WPA reunidos en los diversos congresos de la WPA; c) la Encuesta general trienal de la WPA; d) los mecanismos externos pertinentes a las actividades y programas de la WPA con mayores probabilidades de tener alcance y repercusión mundiales, como los contactos con los directores de organizaciones internacionales implicadas en la salud mental, los ministerios de sanidad, los departamentos universitarios de Psiquiatría y los representantes de los pacientes y de los familiares, y e) la evaluación del Plan estratégico global, que será presentada en la próxima Asamblea general.

DESARROLLO DEL TEMA PRESIDENCIAL: «CONSOLIDACIÓN INSTITUCIONAL E IMPACTO GLOBAL: HACIA UNA PSIQUIATRÍA PARA LA PERSONA»

Este tema rector es congruente con el objetivo principal del Plan estratégico de la WPA 2005-2008. Las actividades enumeradas a continuación son particularmente adecuadas para este tema y serán llevadas a cabo por los componentes y estamentos pertinentes de la WPA.

La *consolidación institucional* se refiere al fortalecimiento de la identidad de la WPA; al respeto de sus instrumentos normativos; a la insistencia en un gobierno democrático, transparente y participativo, y al fortalecimiento de su infraestructura y su capacidad operativa. En este programa se incluirán las siguientes actividades:

— Un proyecto de historia de la WPA elaborado junto con la Henry Ey Foundation, Perpignan, Francia, y la Sección de historia de la Psiquiatría de la WPA, utilizando para ello los archivos históricos de la WPA.

- El desarrollo completo del Secretariado permanente de la WPA en Ginebra, que, además de las tareas administrativas centrales, prestará apoyo organizativo a las oficinas de zona de la WPA, a los proyectos regionales de la WPA y a otras estructuras importantes de la WPA, especialmente en los países en vías de desarrollo.
- El plan de recaudación de fondos de la WPA, incluido el Programa de patrocinadores institucionales.

El *impacto global* persigue que la WPA cumpla su misión de impulsar la Psiquiatría y la salud mental en todo el mundo, involucrando a todas las partes interesadas directamente en los aspectos de salud, gubernamentales y no gubernamentales (pacientes, familias, profesionales sanitarios, expertos en políticas de salud pública, la industria, la prensa), a través de diversos medios interactivos, para que estas partes sean receptivas a los problemas de la salud mental (p. ej., las enfermedades, los desastres y la violencia), consideren las disparidades existentes dentro de cada país y entre los distintos países, y contribuyan a la promoción de la salud mental mundial. Esta iniciativa incluirá las actividades siguientes:

- La organización durante los congresos de la WPA de las actividades que se citan a continuación, en colaboración con nuestras sociedades miembro locales: a) reuniones con los directores de las organizaciones internacionales implicadas en la salud mental; b) contactos con los ministros de salud, los directores de los departamentos universitarios de Psiquiatría, los representantes de las organizaciones más importantes de profesionales de la salud y los representantes de organizaciones de pacientes y familiares; c) una conferencia de prensa con representantes formales de la prensa nacional e internacional, y d) visitas a los principales hospitales psiquiátricos y centros de salud comunitarios de Psiquiatría.
- La mejora de la comunicación electrónica y de los recursos informativos, a través de la optimización del sitio Web de la WPA como portal de Internet para la WPA, mediante secciones institucionales internas y un componente dirigido hacia la educación pública en Psiquiatría y salud mental, así como a través del desarrollo de programas multimediales acerca del perfil institucional de la WPA y otros temas.
- Un programa de publicaciones de la WPA ampliado, que incluya una mayor interacción con las actividades educativas de la WPA, con las actividades de las secciones y con las reuniones y congresos que se organicen, colaborando con la Organización Mundial de la Salud y con organizaciones de otro tipo para ampliar las oportunidades de los autores de los países en vías de desarrollo y de las revistas de Psiquiatría nacionales, y alentando las posibilidades para mejorar la capacidad de publicación de la WPA.

El movimiento hacia una *Psiquiatría para la persona* promueve una perspectiva contextualizada e integradora, que busca articular la ciencia y el humanismo al servicio de la integridad

de la persona que sufre, dentro de la comunidad, en congruencia con los fundamentos de la medicina y de la Psiquiatría. De acuerdo con ello, se debe promover la integración de la salud mental, la salud general y los servicios sociales. Esta perspectiva holística e hipocrática también sirve como base para la promoción de la ética en Psiquiatría. El programa incluirá las siguientes actividades:

- Aplicación del Programa institucional de la WPA «Psiquiatría para la persona: de la práctica clínica a la salud pública», incluyendo entre sus componentes específicos proyectos conceptuales, de diagnóstico clínico, asistenciales y de salud pública.
- Configuración de los temas generales y de la organización científica de los próximos congresos de la WPA: Estambul 2006 («Psiquiatría: singularidad y universalidad»), Melbourne 2007 («Trabajando juntos para la salud mental: alianzas para la política y la práctica») y Praga 2008 («Ciencia y humanismo: hacia una Psiquiatría centrada en la persona»).
- Participación específica en diversos foros internacionales destacados, como el Simposio presidencial «Promoción internacional de una Psiquiatría para la persona» en la Reunión anual de 2006 de la American Psychiatric Association en Toronto, y participación en diversas publicaciones, como una serie de libros sobre Psiquiatría para la persona editada por la WPA.

CONDUCCIÓN DEL PROGRAMA INSTITUCIONAL DE LA WPA PARA PSIQUIATRAS JÓVENES

Este programa comprende, como actividades principales, la adjudicación de becas en los congresos internacionales y mundiales de Psiquiatría, la supervisión del Consejo de psiquiatras jóvenes y de la Red de psiquiatras jóvenes, y la promoción de los cursos e iniciativas especiales de cualquier otro tipo dirigidas hacia la mejora de las capacidades científicas y de liderazgo de nuestros colegas más jóvenes, que son realmente el futuro en nuestro campo.

CUMPLIMIENTO DE LAS RESPONSABILIDADES ESTATUTARIAS DEL PRESIDENTE

Estas responsabilidades se especifican en el punto 24 de los Estatutos y son, entre otras, las siguientes:

- El Presidente preside todas las reuniones de la Asamblea general, la Junta, el Comité ejecutivo y el Consejo, y es el responsable de la ejecución de las decisiones tomadas por estos estamentos.
- El Presidente debe promover las actividades de los diferentes estamentos de la Asociación y su colaboración mutua, para alcanzar las metas de la WPA.
- El Presidente debe recabar los fondos necesarios para apoyar el trabajo de la WPA y puede autorizar a otras personas o estamentos a realizar esta actividad.
- El Presidente convoca al Comité ejecutivo y decide el orden del día después de consultar con sus miembros.
- El Presidente nombra a los presidentes y los miembros de los Comités permanentes y operativos, siempre que no se especifique de otra manera en los Estatutos o los Reglamentos, así como a los Asesores especiales de la presidencia, tras escuchar las recomendaciones del Comité ejecutivo.
- El Presidente preside el Comité de nombramientos y nombra a sus miembros, con la aprobación del Comité ejecutivo.
- El Presidente preside el Congreso Mundial de Psiquiatría.
- El Presidente representa a la Asociación en todos los asuntos oficiales.
- El Presidente rinde cuentas al Comité ejecutivo.

Este plan persigue la potenciación cuantitativa y cualitativa de la identidad institucional, así como de las capacidades de la WPA y de su presencia e importancia mundial, promoviendo el desarrollo de una Psiquiatría para la persona, como articulación de la ciencia y el humanismo. Esperamos que el trabajo que se desarrolle en este trienio sea útil para los esfuerzos de los nuevos líderes de la WPA en 2008 y en las etapas futuras, con el objetivo de seguir construyendo nuestra institución y cumpliendo sus altas y nobles aspiraciones.

World Psychiatry 2006; 4:65-66

Devolución de la deuda: cómo pueden invertir los países ricos para aumentar los recursos de asistencia en salud mental de los países en vías de desarrollo

VIKRAM PATEL¹, JED BOARDMAN², MARTIN PRINCE², DINESH BHUGRA²

¹London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK, and Sangath Centre, Porvorim, Goa, 403521 India

²Institute of Psychiatry, London, UK

En varios artículos recientes (1-3) se ha destacado la confianza cada vez mayor de los países desarrollados en los médicos y enfermeros formados en países mucho más pobres. Diversos comentaristas estadounidenses han señalado que «el escándalo moral del comportamiento de “robo de cerebros” por parte de los países ricos ha alcanzado su grado más alto» (4). El World Health Report de este año está centrado en el tema de la grave escasez de recursos humanos sanitarios en muchos países y en la función de la emigración de los trabajadores sanitarios como factor contribuyente a dicha escasez (5). Este tema ha generado diversidad de opiniones y controversias (1). No obstante, hay algunos hechos evidentes: a) el reclutamiento de los profesionales sanitarios de los países en vías de desarrollo daña los frágiles sistemas de salud de éstos; b) la emigración médica internacional continuará, e impedirla sería inútil y poco ético; c) son necesarias mejoras en las condiciones de trabajo y en las estructuras de la carrera profesional de los profesionales sanitarios en los países en vías de desarrollo, y d) los países desarrollados están en deuda con las naciones pobres y podrían hacer más para ayudar a la mejora de sus recursos sanitarios. Se han efectuado algunas sugerencias para este incremento de los recursos, desde el desarrollo y la convalidación de programas de formación clínicos hasta sugerencias más radicales para compensar a los países de origen mediante una inversión económica directa (1-3). En este artículo se presentan ejemplos de los esfuerzos realizados para «devolver la deuda» por parte de psiquiatras que ejercen en el sistema de salud mental del Reino Unido.

Para este país de destino, y con respecto a la Psiquiatría, la desigualdad en la distribución de los costes y los beneficios originados por la migración médica es particularmente llamativa. El Reino Unido destaca entre los demás grandes importadores de experiencia médica por el hecho de tener la proporción más alta de médicos procedentes de países con producto interior bruto bajo (6). Entre los psiquiatras consultores ingleses, recibió formación en el extranjero el 26,4 % de los que ejercen en Psiquiatría general, el 32,2 % de los que trabajan en geriatría y el 58,9 % de los que atienden a pacientes con discapacidades de aprendizaje (7). Mientras que en el Reino Unido hay, aproximadamente, 40 psiquiatras por millón de habitantes, en África Subsahariana e India hay menos de uno y alrededor de cuatro por millón de habitantes, respectivamente (8). No obstante, India y algunos países de África Subsahariana son los contribuyentes más importantes a la mano de obra de salud mental en el Reino Unido. El International Fellowship Scheme del National Health Service (NHS) se dirigió a psiquiatras consultores con experiencia, a menudo aquellos que ejercían en facultades de medicina, socavando simultáneamente los recursos clínicos y la capacidad de formación de la siguiente generación de especialistas (9). Inevitablemente, en la actualidad hay vacantes no ocupadas en los servicios de salud mental públicos de los países en vías de desarrollo (10).

ESTRATEGIAS PARA EL INCREMENTO DE LOS RECURSOS

Para recoger testimonios de las experiencias de los profesionales buscamos ejemplos en los UK NHS Trusts y otras asocia-

ciones que, según sabíamos, habían trabajado en países en vías de desarrollo.

Psiquiatras en formación que trabajaban en el extranjero

Característicamente, estos profesionales eran personas que habían dedicado tiempo de las etapas finales de su formación especializada en el Reino Unido para vivir y trabajar en el exterior: Melanie Abas (MA) durante 2 años y medio en Harare, Zimbabwe; Jeremy Wallace (JW) durante 1 año en Mbarara, Uganda; Atif Rahman (AR) durante 2 años en Rawalpindi, Pakistán; Lynn Jones (LJ) intermitentemente durante 10 años en los Balcanes y Kosovo. MA y LJ pudieron realizar su experiencia cuando los requisitos para ello eran todavía relativamente informales en el Reino Unido. AR y JW solicitaron formalmente a sus decanatos el permiso para llevar a cabo una «experiencia formativa distinta» (*out of scheme experience*), generalmente limitada a 1 o 2 años. MA y JW solicitaron una baja laboral sin sueldo en sus puestos de trabajo en el Reino Unido y se mantuvieron con los sueldos locales. AR se ayudó con una Wellcome Trust Tropical Medicine Research Training Fellowship. Todos ellos desempeñaron puestos de responsabilidad en servicios sanitarios de recursos escasos e intentaron desarrollar los servicios en los que estaban trabajando y formar a especialistas y al personal de atención primaria.

«Dedicaba dos sesiones semanales a supervisar a los colegas de Psiquiatría infantil en el hospital universitario local (el Institute of Psychiatry). Esto no sólo me ayudó a mantener activas mis aptitudes clínicas, sino que también me permitió establecer un grupo especialmente interesado en niños y adolescentes, que siguió funcionando después de concluido el proyecto; todavía lo superviso a través de Internet.» (AR)

«Con financiación de la University y del Tropical Health Education Trust (THET), llevamos los consultorios externos a los centros de salud rurales, enseñando en ellos a los estudiantes de medicina. Obtuvimos financiación a través de la THET para un programa de educación y apoyo dirigido a los trabajadores sanitarios rurales. Invitamos a los funcionarios médicos y a los enfermeros de centros de salud primaria estratégicos a participar en un taller de formación y establecimos contacto con los curanderos.» (JW)

«Trabajamos duro en equipo para atraer a los estudiantes locales hacia la Psiquiatría, mediante el mantenimiento de una práctica clínica y una enseñanza de alta calidad. También enseñé Psiquiatría básica a los trabajadores sanitarios generales rurales, y fue de gran utilidad para ellos la orientación que brindó un sociólogo médico de Zimbabwe en la universidad. Establecí contacto con la atención primaria y con las principales organizaciones no gubernamentales (ONG) dedicadas a la salud mental.» (MA)

El desafío fue mantener los beneficios conseguidos con estos puestos de trabajo una vez que el psiquiatra en formación retornaba a su país.

«Tras la finalización de mi doctorado, conseguí una beca de investigación Career Development Fellowship ofrecida por el Wellcome Trust para continuar el trabajo en Pakistán. Ahora superviso a tres estudiantes de doctorado en Rawalpindi que trabajan en el desarrollo de intervenciones apropiadas frente a la depresión en grupos de población de ingresos económicos bajos.» (AR)

«Durante el decenio de las guerras balcánicas me di cuenta de que las intervenciones agudas a corto plazo no tenían ningún sentido. El Department of Developmental Psychiatry de Cambridge me facilitó una baja laboral de larga duración a partir del último año de mi formación como especialista para trabajar con Child Advocacy International, con el objetivo de establecer un servicio de Psiquiatría infantil en Kosovo (11). Durante los dos últimos años he trabajado a tiempo completo para el International Medical Corps, integrando los servicios de salud mental y participando en sus iniciativas para mejorar la asistencia primaria en Sierra Leona, Chad, Sri Lanka e Indonesia.» (LJ)

Psiquiatras consultores que trabajan el exterior

Obtuvimos los testimonios de tres psiquiatras consultores: Ama Addo (AA), psiquiatra infantil con especialización en discapacidades del aprendizaje que trabajaba en Ghana; Michael Radford (MR), un psiquiatra de adultos que ejerce en Bangladesh, y Jack Piachaud (JP), un psiquiatra especializado en discapacidades de aprendizaje que trabaja en la antigua Yugoslavia. Aunque estos psiquiatras consultores sólo estaban en situación de dedicar algunas semanas seguidas a trabajar en el extranjero, desarrollaron y mantuvieron valiosos compromisos a largo plazo.

«Las conferencias se orientaron hacia las condiciones locales, después del establecimiento de vínculos preparatorios intensivos con el personal médico local de mayor experiencia. Tres conferencias sobre Psiquiatría del niño y de adolescente y sobre Psiquiatría de la discapacidad de aprendizaje se complementaron con una sobre pediatría psicosocial, tras un contacto improvisado con el Department of Child Health. La información de retroalimentación ofrecida por los estudiantes y por el personal médico fue muy positiva, a pesar de los comentarios acerca de mi acento escocés, y se me ofreció el puesto de conferenciante honorario, con dedicación parcial y con el compromiso de efectuar visitas anuales para brindar conferencias.» (AA)

«Mi primera visita a Dacca me afectó profundamente, y desde entonces hasta ahora he vuelto nueve veces en visitas de 2 a 4 semanas seguidas. Después de visitar los proyectos comunales con diversos socios potenciales, nos interesó vivamente la fortaleza demostrada por las comunidades rurales en cuanto al abordaje y la solución de los problemas relacionados con las enfermedades mentales graves. Patrocinamos actividades formativas para el comité de la Bangladesh Village Doctors' Welfare Association. Esta iniciativa ha sido apoyada generosamente por algunos valerosos psiquiatras experimentados, que se han dado cuenta de las posibilidades que ofrece el trabajo con médicos rurales (en contra de la política oficial). Hemos organizado la traducción y la impresión de una versión en Bangla de "Where There Is No Psychiatrist" (12) como un vademécum dirigido a los médicos rurales y a los trabajadores no sanitarios de las ONG locales.» (MR)

«Nuestro grupo estableció contacto con diversas personas para su formación y para el incremento de sus conocimientos

y, finalmente, estableció también contacto con la oficina del programa psicosocial de UNICEF en Zagreb. En el programa "Help to the Helpers" participaron ocho personas. Mi propio trabajo en Serbia consistió en una serie de visitas de 10 días con un colega psicoterapeuta, que se iniciaron en 1994 y que continuaron hasta 1999. En los dos primeros años realizamos ocho visitas. Conseguimos establecer contacto con líderes clave de los servicios de salud mental infantil pertenecientes al Institute of Mental Health de Belgrado y la University of Novi Sad. Ofrecimos un asesoramiento interactivo basado en intereses mutuos, sin exigir una experiencia especial. Pudimos contemplar la implementación de programas sobre autoestima, de intervenciones terapéuticas breves y de programas formativos dirigidos tanto a profesores como a profesionales de la asistencia sanitaria primaria (13).» (JP)

Incremento de los recursos a través de la investigación

Algunas de las experiencias clínicas señaladas incluyeron la publicación de artículos de investigación, que contribuyeron significativamente al desarrollo sostenible de los recursos en salud mental (14, 15). El trabajo del 10/66 Dementia Research Group es un ejemplo específico de la forma en que las investigaciones incrementan recursos, optimizan la práctica asistencial y facilitan el desarrollo de la normativa política. El equipo coordinador residente en el Reino Unido impartió la formación y el apoyo metodológico iniciales para la realización de estudios piloto de pequeña envergadura. Los investigadores locales dedicados al proyecto trabajaron en el contexto de su ajetreada práctica clínica para recoger los datos. El resultado neto fueron 2.885 entrevistas en 26 centros de 16 países en vías de desarrollo y una publicación clave en *Lancet* en la que se demostraban la viabilidad y la validez del protocolo de diagnóstico de la demencia (16).

«Ahora estamos implicados en un programa de investigación basado en la población general para determinar la eficacia de una intervención que incluye la educación y la formación de los profesionales asistenciales, un programa que debe ser puesto en marcha por los trabajadores comunitarios sanitarios locales. La colaboración entre los profesionales universitarios y una organización no gubernamental internacional ha proporcionado un marco ideal para la puesta en marcha de nuestro programa de investigación, orientado hacia la práctica asistencial. La formación para la investigación ha estimulado el interés local por el desarrollo de aptitudes clínicas en la asistencia clínica de la demencia.» (PF)

Apoyo por parte de los NHS Trusts

Obtuvimos las descripciones de dos grupos (Trusts) de salud mental del NHS que mantenían vínculos con Uganda: el East London and City Mental Health Trust, que apoyó la formación de personal en el Butabika Hospital, y el Sheffield Care Trust (SCT), que ha establecido vínculos con profesionales sanitarios en el distrito Adjumani, una región que ha soportado un conflicto armado continuo desde 1986. Los proyectos tuvieron el apoyo de las juntas directivas de ambos Trusts, algunos de cuyos miembros visitaron Uganda para establecer planes y convenios con profesionales sanitarios y hospitales locales. Estos programas fueron también apoyados por la THET, que colaboró en la obtención y la administración de los fondos del proyecto.

«El proyecto persigue el establecimiento de una relación recíproca entre Adjumani y el SCT, con el objetivo de ampliar el trabajo ya realizado en Adjumani para examinar las necesida-

des y prioridades de la comunidad. El director ejecutivo del SCT visitó Adjumani para formalizar el programa de cooperación, de manera que el SCT liberará durante períodos cortos de tiempo a su personal para llevar a cabo servicios en Adjumani. Se realizó un seminario para la sensibilización de los trabajadores locales, y se llevó a cabo una iniciativa para apoyar a los trabajadores sanitarios de los distintos distritos de atención primaria. Los seminarios de 2 semanas de duración dirigidos a los PCO dieron la oportunidad a más de 30 PCO para reunirse y compartir sus experiencias, elaborar planes para los proyectos locales y actualizar sus conocimientos y aptitudes.» (EO)

DISCUSIÓN

En este artículo se han destacado 10 ejemplos de estrategias iniciadas en el Reino Unido para «devolver la deuda», todas ellas constituyen iniciativas modestas y de carácter práctico para potenciar la capacidad asistencial en salud mental en países en vías de desarrollo. Estas iniciativas dependieron en gran medida de la motivación y el compromiso de los psiquiatras individuales. La contribución económica directa de las instituciones del Reino Unido para facilitar el proceso fue escasa. Las asociaciones formales entre los grupos de salud mental del NHS (17) fueron excepciones notables a esta regla general. La mayoría de las iniciativas descritas en este artículo fueron financiadas por instituciones de beneficencia orientadas a la investigación, organizaciones no gubernamentales, donaciones individuales o contribuciones realizadas por las instituciones de los distintos países en vías de desarrollo, a pesar de los obvios beneficios recíprocos: los profesionales de la salud mental del Reino Unido se benefician de una mejora en su sensibilidad cultural y sus aptitudes clínicas, así como del aprendizaje que conlleva trabajar en sistemas de salud con recursos escasos (18, 19).

Aunque las descripciones y narraciones ofrecidas demuestran algunos de los enfoques para la devolución de la deuda, se podría lograr mucho más mediante planificación, coordinación y financiación estratégicas. Las iniciativas para incrementar los recursos sanitarios de los países en desarrollo deben ir más allá de los grupos de profesionales especializados en salud mental (20), para incluir a la comunidad y a los trabajadores sanitarios generales que ejercen en primera línea de la asistencia sanitaria primaria (21). En general, el proceso se debe llevar a cabo en el país en vías de desarrollo correspondiente, siempre en colaboración con las instituciones locales y con acreditación del organismo oficial local, para que los trabajadores sanitarios formados puedan desarrollar una carrera profesional clara. Si los profesionales sanitarios son invitados a un país rico, por ejemplo para mejorar su capacidad de liderazgo o en las situaciones en las que hay una falta evidente de aptitud local, este tipo de formación debe estar explícitamente relacionado con iniciativas para asegurar que los profesionales recién capacitados puedan implementar estas aptitudes a su retorno.

Otro aspecto aun más importante es que los gobiernos de los países ricos que confían en los profesionales de la salud mental de los países en vías de desarrollo tienen una obligación especial (en tanto principales empleadores de personal sanitario) para establecer y financiar un marco mediante el cual tales iniciativas puedan ser apoyadas de una forma más sistemática. La financiación central podría canalizarse a través de los ministerios de salud y de las organizaciones de gestión sanitaria individuales. Como punto de referencia para calcular la magnitud de esta financiación, nuestra sugerencia es que debería ser al menos aproximadamente proporcional al ahorro económico que consigue el país rico al emplear a profesionales sanitarios que no ha tenido que formar. Mientras tanto, el gobierno podría hacer mucho más para facilitar a los profesionales la posibilidad de trabajar en países en vías de desarrollo, por ejemplo animando a los empresarios a ofre-

cer bajas laborales subvencionadas de larga duración al personal asalariado o a facilitar bajas de corta duración en situaciones de urgencia, como los recientes desastres naturales en Asia meridional.

Recibimos con beneplácito la iniciativa del Royal College of Psychiatrists (Reino Unido) para animar a los psiquiatras en formación y a los psiquiatras jubilados a trabajar en los países en vías de desarrollo, mediante la acreditación de hasta 12 meses de formación supervisada en el extranjero para la formación especializada superior, a través del mantenimiento de una base de datos de las instituciones del país en vías de desarrollo que acoge al personal formado. La relación con la organización no gubernamental Voluntary Services Overseas puede ayudar a encontrar un lugar de trabajo apropiado; esta ONG también ofrece un sueldo local. Sin embargo, se debe disuadir a las personas con responsabilidades y deudas en sus países de origen. El Wellcome Trust paga a sus investigadores que trabajan en países en vías de desarrollo los mismos sueldos que en el Reino Unido; pensamos que otras entidades de contratación de países ricos deberían hacer lo mismo con su personal en formación que desee una «experiencia formativa distinta».

Recomendamos que los consultores, muchos de los cuales se formaron en países en vías de desarrollo, sean capaces —si así lo deciden— de dedicar tiempo a la formación de trabajadores sanitarios en países en vías de desarrollo y a la ayuda para el desarrollo de servicios locales sostenibles. Sabemos que hay varios ejemplos de consultores del Reino Unido que negocian cláusulas en sus contratos que les garantizan una baja laboral anual subvencionada por estudios, para esta finalidad. Este enfoque individual necesita un reconocimiento formal, como un medio de devolución de la deuda. Por último, a medida que la época de la revalidación alborea en los sistemas médicos europeos, los consejos médicos deben estudiar maneras de asegurar que los médicos que eligen trabajar en países en vías de desarrollo, a menudo en sistemas de salud muy escasamente organizados, no sean sancionados por este esfuerzo.

Agradecimientos

Estamos agradecidos a Melanie Abas, Emilio Ovuga, Atif Rahman, Jeremy Wallace, Lynn Jones, Jack Piachaud, Michael Radford y Ama Addo por su ofrecimiento de relatos verbales. Vikram Patel ha recibido financiación de una Wellcome Trust Senior Clinical Research Fellowship in Tropical Medicine.

World Psychiatry 2006; 4:67-70

Bibliografía

1. Ahmad OB. Managing medical migration from poor countries. *Br Med J* 2005;331:43-5.
2. Johnson J. Stopping Africa's medical brain drain. *Br Med J* 2005; 331:2-3.
3. Lucas AO. Human resources for health in Africa. *Br Med J* 2005; 331:1037-8.
4. Chen LC, Boufford JI. Fatal flows - doctors on the move. *N Engl J Med* 2005;353:1850-2.
5. World Health Organization. Working together for health. Geneva: World Health Organization, 2006.
6. Mullan F. The metrics of physician brain drain. *N Engl J Med* 2005;353:1810-8.
7. Goldacre MJ, Davidson JM, Lambert TW. Country of training and ethnic origin of UK doctors: database and survey studies. *Br Med J* 2004;329:597.
8. World Health Organization. Atlas. Country profiles of mental health resources. Geneva: World Health Organization, 2001.

9. Patel V. Recruiting doctors from poor countries: the great brain robbery? *Br Med J* 2003;327:926-8.
10. Ndetei D, Karim S, Mubasshar M. Recruitment of consultant psychiatrists from low and middle income countries. *Int Psychiatry* 2004;1:15-8.
11. Jones L, Rustemi A, Shahini M et al. Mental health services for war-affected children: report of a survey in Kosovo. *Br J Psychiatry* 2003;183:540-6.
12. Patel V. Where there is no psychiatrist. London: Gaskell, 2003.
13. Piachaud J. Helping the helpers. *Medicine, Conflict & Survival* 1999;15:404-11.
14. Abas M, Broadhead J. Depression and anxiety among women in an urban setting in Zimbabwe. *Psychol Med* 1997;27:59-71.
15. Rahman A, Iqbal Z, Bunn J et al. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:946-52.
16. Prince M, Acosta D, Chiu H et al. Dementia diagnosis in developing countries: a cross-cultural validation study. *Lancet* 2003;361:909-17.
17. Collins S. Health in Africa: British mental health trust twins with psychiatric service in Sierra Leone. *Br Med J* 2005;331:904.
18. Berwick DM. Lessons from developing nations on improving health care. *Br Med J* 2004;328:1124-9.
19. McKenzie K, Patel V, Araya R. Learning from low income countries: mental health. *Br Med J* 2004;329:1138-40.
20. Murthy RS. Human resources for mental health: challenges and opportunities in developing countries. *Int Psychiatry* 2005;2:5-7.
21. Hongoro C, McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. *Lancet* 2004;364:1451-6.

La ciencia del bienestar: un enfoque integral de la salud mental y sus trastornos

C. ROBERT CLONINGER

Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, 660 South Euclid, St. Louis, MO 63110, USA

A pesar de la enorme inversión económica efectuada en medicamentos psicotrópicos y en manuales de psicoterapia, la Psiquiatría no ha logrado mejorar los índices medios de felicidad y bienestar en la población general. El fracaso práctico de la Psiquiatría en el aumento del bienestar es el resultado de un énfasis excesivo en la estigmatización de los distintos aspectos de los trastornos mentales y en el abandono de los métodos para potenciar las emociones positivas, el desarrollo del carácter, la satisfacción vital y la espiritualidad. En este artículo se describe un enfoque sencillo y práctico del bienestar mediante la integración de métodos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales para potenciar la salud mental. Se presentan pruebas que demuestran que las personas pueden ser ayudadas a desarrollar su carácter y aumentar su felicidad a través de una secuencia catalítica de métodos clínicos prácticos. Las personas pueden aprender a florecer y a dirigir mejor sus vidas a través de una actitud más tranquila, aceptando sus limitaciones y aprendiendo a alejar sus temores y conflictos. Las personas también pueden aprender a colaborar más, incrementando la consideración y la ayuda brindadas a los demás. Además, las personas pueden aprender a ser más autotranscendentes, tomando conciencia de las perspectivas que dan lugar a creencias y suposiciones acerca de la vida que producen emociones negativas y que limitan la experiencia de las emociones positivas. Los rasgos de personalidad de autodirección, cooperatividad y autotranscendencia son esenciales para el bienestar y pueden medirse fiablemente mediante el Temperament and Character Inventory. Se ha desarrollado un programa psicoeducativo para el bienestar, denominado «La vida feliz: camino al bienestar». Es una intervención de carácter universal, en múltiples fases, a través de la cual cualquiera que desee ser más feliz y más saludable puede hacerlo mediante la autoayuda, la terapia profesional o ambas medidas.

Palabras clave: bienestar, desarrollo del carácter, espiritualidad, felicidad, psicobiología

A pesar de los enormes gastos en medicamentos psicotrópicos y de los intensos esfuerzos realizados para la producción de manuales de psicoterapia, hasta el momento no se ha conseguido ninguna mejora sustancial en el grado de felicidad y bienestar de la población general, algo que ha quedado demostrado plenamente en sociedades occidentales, como la estadounidense (1, 2).

El fracaso práctico de la Psiquiatría en cuanto al propósito de mejorar el bienestar no es sorprendente, debido a varias razones. En primer lugar, la Psiquiatría ha considerado como objetivo el análisis de los trastornos mentales, no la comprensión o el desarrollo de una salud mental positiva. La morbilidad y la mortalidad están relacionadas más intensamente con la ausencia de emociones positivas que con la presencia de emociones negativas (3). Tal como se demuestra en ensayos clínicos recientes efectuados con asignación aleatoria y control, es posible cultivar el desarrollo de emociones positivas (4).

En segundo lugar, el énfasis en el establecimiento de categorías discretas de enfermedades representa simplemente una manera de etiquetar a los pacientes con trastornos mentales, pero la validez de la separación categórica es dudosa (5). Además de su dudosa validez, las distinciones categóricas son intrínsecamente estigmatizantes: se sugiere que algunas personas no son normales, mientras que otras sí lo son. El resultado es que muchas personas se sienten avergonzadas de sufrir una enfermedad mental y evitan su tratamiento. El énfasis en las intervenciones de carácter universal para cultivar la salud mental de todas las personas puede ser desestigmatizador, pues se reconoce que todas las personas tienen mucho en común entre sí.

En tercer lugar, los métodos psiquiátricos de evaluación y tratamiento requieren a menudo una formación prolongada, el manejo de una jerga psicoterapéutica compleja y la utilización de costosos medicamentos y equipos para los tratamientos biológicos. Estos costes económicos y sus características de distribución limitan la disponibilidad de tratamientos eficaces en todo el mundo. Los tratamientos psicobiológicos de carácter integrador pueden ser sumamente eficaces y de bajo coste económico, aprovechando la adaptabilidad de los seres humanos en un medio terapéutico que puede ser establecido por una amplia gama de profesionales de la salud mental con diverso grado de experiencia profesional.

En cuarto lugar, los tratamientos que se centran en el cuerpo o en la mente han tenido generalmente una orientación antiespiritual. Este sesgo antiespiritual en la Psiquiatría tiene muchas raíces, incluidas los dudosos presupuestos del psicoanálisis freudiano, el conductismo y el reduccionismo excesivamente simplista de los enfoques materialistas. No obstante, el ser humano es un ser espiritual que dedica más tiempo a la oración o la meditación que, por ejemplo, a las relaciones sexuales (6). El cultivo de la espiritualidad es un método barato y poderoso para mejorar el bienestar, según se demuestra en ensayos clínicos recientes realizados con asignación aleatoria y control acerca de los métodos de tratamiento espiritual que se resumen más adelante en este artículo.

Estas consideraciones me han llevado a desarrollar un enfoque sencillo para ayudar a las personas a ser felices, un enfoque que puede ser aplicado a cualquier persona. Este enfoque tiene un carácter integrador, pues combina los abordajes de la salud mental de tipo biológico, psicológico, social y espiritual. La base científica de este abordaje del bienestar ha sido expuesta en un libro de reciente publicación (7). Actualmente estoy escribiendo un libro de orientación más clínica para explicar la forma de aplicación de este enfoque en la práctica clínica, al tiempo que desarrollo una serie de módulos psicoeducativos que pueden tener una amplia aplicación.

En este artículo se resumen los datos existentes acerca de: la necesidad de reducir la discapacidad, las necesidades espirituales de las personas y la eficacia de las terapias de bienestar con orientación espiritual. A continuación se definen los conceptos clínicos fundamentales relativos a las etapas de la autoconcienciación. Por último, se describe la serie de módulos de psicoterapia que se están elaborando, con el objeto de ilustrar una eficaz secuencia catalítica de intervenciones que pueden ayudar a todas las personas a ser más maduras y felices.

LA NECESIDAD DE REDUCIR LA DISCAPACIDAD EN TODO EL MUNDO

A pesar de los recientes avances en Psiquiatría, los trastornos mentales siguen constituyendo la causa principal de discapacidad

en todo el mundo (8). La depresión mayor por sí misma causa en todo el mundo una pérdida promedio de más de 6 años de vida sana. La combinación de depresión mayor y alcoholismo, drogadicción u otros trastornos mentales hace que el problema total representado por los trastornos mentales sea superior a 20 años de la vida de cada persona de 5 años, o más, de edad. Los trastornos mentales representan un problema escalofriante para las sociedades de todo el mundo, con independencia de las diferencias entre los factores étnicos y económicos de los diversos países.

El tratamiento de los trastornos mentales ha mejorado con la introducción de numerosos medicamentos y de técnicas de psicoterapia que dan lugar a efectos beneficiosos de carácter inmediato, según se ha comprobado en ensayos clínicos efectuados con asignación aleatoria y control. No obstante, los abordajes terapéuticos existentes se asocian, lamentablemente, a situaciones frecuentes de abandono del tratamiento y de recidiva o recurrencia de la enfermedad. Por ejemplo, en el tratamiento de la depresión mayor, la respuesta inmediata frente a los antidepresivos o a la terapia cognitivo-conductual es sólo moderada. Se observa una mejoría sustancial en aproximadamente el 50-65 % de los pacientes que reciben tratamiento activo, en comparación con el 30-45 % de los pacientes del grupo de control (9). La recidiva es rápida en los pacientes que abandonan el tratamiento o lo interrumpen prematuramente, dado que las intervenciones terapéuticas están dirigidas hacia los síntomas y no corrigen las causas subyacentes de la enfermedad. La mayor parte de los pacientes que sufren depresión mayor y que mejoran de manera inmediata presenta una recidiva durante los 3 años siguientes, a pesar del tratamiento medicamentoso y de la terapia cognitivo-conductual (10). Tampoco son adecuados los resultados de los tratamientos de otras enfermedades, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, los trastornos de ansiedad y los trastornos relacionados con sustancias como el alcohol y las drogas. Los medicamentos existentes frente a la dependencia de las drogas y el alcohol inducen efectos inmediatos débiles y se acompañan de índices elevados de recidiva y recurrencia, aunque se han identificado distintos subtipos clínicos (11, 12). Asimismo, en un ensayo clínico reciente en el que se compararon los antipsicóticos de segunda generación (atípicos) con el antipsicótico de primera generación (típico) perfenazina, el 74 % de los pacientes con esquizofrenia interrumpió antes de transcurridos 18 meses el tratamiento medicamentoso que se le había prescrito (13). Los otros fármacos actualmente disponibles fueron interrumpidos con una frecuencia similar debido a altos índices de falta de respuesta, efectos adversos de carácter intolerable y falta de cumplimiento del tratamiento prescrito. La falta de adecuación de los tratamientos existentes respecto a la mayor parte de los pacientes con trastornos mentales da lugar a la persistencia de síntomas residuales de la enfermedad y de dificultades, así como a un bajo grado de satisfacción vital y bienestar.

¿QUÉ REDUCE LA DISCAPACIDAD E INCREMENTA EL BIENESTAR?

El bienestar no se incrementa por el dinero, el poder o la fama, a pesar de que muchas personas actúan como si estos logros pudieran proporcionarles una satisfacción duradera. El desarrollo del carácter permite un grado mayor de autoconciencia y, por lo tanto, una mayor felicidad. Afortunadamente, en los estudios más recientes sobre el bienestar se ha demostrado que es posible mejorar el carácter, lo que incrementa el bienestar y reduce la discapacidad en la población general y en la mayor parte de los trastornos mentales, si no en todos (4, 7, 10, 14-16). Los métodos más eficaces de intervención están centrados en el desarrollo de las emociones positivas y de los rasgos del carácter subyacentes al bienestar.

En ensayos clínicos realizados con asignación aleatoria y control para la evaluación de los tratamientos que permiten incrementar el bienestar en pacientes con trastornos mentales se han obtenido mejoras en la felicidad y en la fuerza del carácter, las que han incrementado el grado de cumplimiento de los tratamientos prescritos y han reducido los índices de recidiva y recurrencia, en comparación con la terapia cognitivo-conductual o con el tratamiento medicamentoso, aplicados de manera aislada (10, 14, 15). En ensayos clínicos aleatorizados y efectuados con control también se ha demostrado que las intervenciones para incrementar el bienestar son eficaces en grupos de estudiantes y de voluntarios pertenecientes a la población general (4, 17).

Los métodos utilizados para mejorar el bienestar actúan sobre el desarrollo de los tres aspectos de autocontrol mental que se pueden medir como rasgos del carácter mediante el Temperament and Character Inventory (TCI) (6, 18). Estos tres rasgos de carácter determinados con el TCI son la autodirección (es decir, la responsabilidad, la decisión y el ingenio), la cooperatividad (la tolerancia, la actitud de servicio y la compasión) y la autotranscendencia (la intuición, la sensatez y la espiritualidad). En esencia, las puntuaciones elevadas en estos rasgos del carácter se acompañan de emociones positivas frecuentes (felicidad, alegría, satisfacción, optimismo) y de emociones negativas infrecuentes (ansiedad, tristeza, rabia, pesimismo).

En la figura 1 se muestran los resultados de nuestra investigación. Mediante el TCI se diferenció a las personas situadas en el tercio superior de autodirección (D), cooperatividad (C) y autotranscendencia (T) de las situadas en el tercio inferior (d, c, t) y en el tercio medio (-), en cada una de las pruebas. Presentaba depresión, aproximadamente, la tercera parte de las personas con bajas puntuaciones en autodirección. El porcentaje de personas situadas en el tercio inferior de autodirección que era feliz era de tan sólo el 5 %, si además no presentaban actitud de cooperación ni autotranscendencia, y aumentaba hasta el 26 % si presentaban estos dos rasgos. Además, si la autodirección o la cooperación (pero no ambos rasgos) obtenían puntuaciones elevadas, las personas evaluadas no mostraban grandes diferencias en cuanto al estado de ánimo, en comparación con el promedio de los individuos. En las personas con puntuaciones altas en autodirección y en cooperación la felicidad fue mucho más frecuente que la tristeza (19 frente a 1 %). Finalmente, las personas con puntuaciones elevadas en los tres aspectos del carácter fueron las que presentaron el porcentaje mayor de felicidad (26 %). En otras

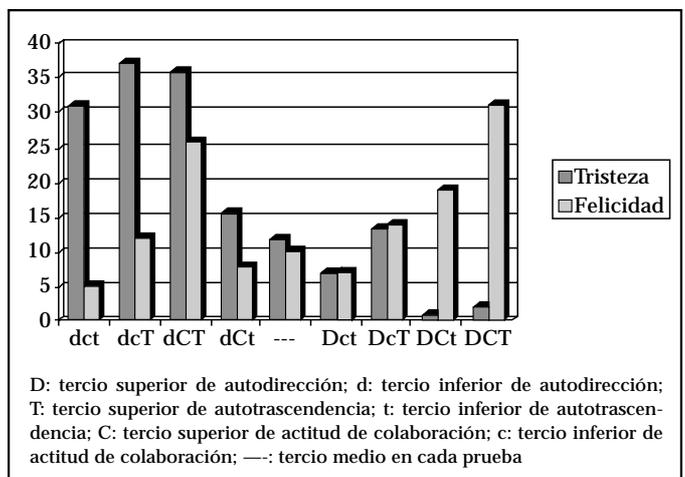


Figura 1. Porcentajes de personas con alto grado de tristeza o de felicidad, según su perfil de carácter (adaptado de Cloninger [7]).

palabras, el desarrollo del bienestar (es decir, la presencia de felicidad y la ausencia de tristeza) depende de la combinación de los tres aspectos de la autoconciencia. La falta de desarrollo de cualquiera de estos tres factores hace que una persona sea vulnerable a la aparición de conflictos que pueden iniciar un círculo vicioso de pensamientos negativos que conduzcan a la depresión.

Estos rasgos del carácter se pueden ejercitar y desarrollar a través de intervenciones que potencian las sensaciones de esperanza y control (autodirección), la bondad y el perdón (cooperación) y la conciencia y el significado de lo que está más allá de uno mismo (autotrascendencia).

Una baja puntuación en autodirección en el TCI es un indicador sólido de vulnerabilidad frente a los trastornos de depresión mayor (19). En cambio, una puntuación elevada en este rasgo es un elemento predictivo de una respuesta rápida y estable a los antidepresivos (20, 21) y a la terapia cognitivo-conductual (TCC). El entrenamiento en técnicas de resolución de problemas da lugar a un incremento de la autonomía y a una sensación de control personal que facilitan una esperanza y un bienestar mayores. Esto puede lograrse a través de mecanismos que son frecuentes en las distintas formas de psicoterapia eficaz, como la TCC (23-25) o la TCC potenciada con módulos de concienciación respecto a las emociones positivas (10, 14, 15), la consideración hacia los demás (26, 27) o el significado espiritual (15, 16, 23). El uso de módulos adicionales para el cultivo de las emociones positivas, la consideración hacia los demás y el significado espiritual reduce sustancialmente los índices de abandono de los tratamientos y los índices de recidiva y recurrencia de la enfermedad. Por ejemplo, en el tratamiento de los pacientes con depresión recurrente, el trabajo adicional sobre las emociones positivas ha reducido los índices de recidiva y recurrencia desde el 80 hasta el 25 % a lo largo de un período de 2 años en pacientes con depresión recurrente (15). Asimismo, el entrenamiento en técnicas de consideración y respeto hacia los demás redujo los índices de recidiva desde el 78 hasta el 36 % a lo largo de un período de 60 semanas en pacientes con tres o más episodios de depresión (26-28). La percepción del significado espiritual a través de los valores de autotrascendencia también ha reducido los índices de recidiva y ha incrementado los índices de bienestar en ensayos clínicos efectuados con asignación aleatoria y control en pacientes con depresión, esquizofrenia y enfermedades terminales (16).

Los avances en estas diferentes áreas son útiles, pero la fortaleza y la resistencia emocionales dependen del desarrollo equilibrado de las tres dimensiones principales del carácter (6, 7, 18). Los conceptos occidentales de la salud mental insisten generalmente en la autodirección y en la cooperatividad, pero abandonan el papel clave que desempeña la espiritualidad, sobre la base de los valores de autotrascendencia.

LA NECESIDAD DEL SENTIDO ESPIRITUAL

La mayor parte de los pacientes psiquiátricos desea que su terapeuta conozca sus creencias y necesidades espirituales, debido a que la espiritualidad humana desempeña un papel esencial en la superación de las dificultades vitales y en el disfrute de la vida (16). La conciencia humana se caracteriza por la capacidad de autoconciencia y por la posibilidad de tomar libremente decisiones que no estén totalmente determinadas por las experiencias anteriores (7). El gran misterio de la neurociencia es el hecho de que la conciencia humana no se puede explicar o reducir a procesos de carácter material (29, 30).

Debido al hecho de que la conciencia humana trasciende las explicaciones materialistas, la Psiquiatría se encuentra en este momento en una encrucijada importante. Para que la Psiquiatría alcance plenamente su sentido y su objetivo, es fundamental que reconozca la importancia de la espiritualidad y del bienestar, pero

tanto la espiritualidad como el bienestar han sido dejados de lado debido a la tendencia hacia un reduccionismo materialista. Actualmente, la Psiquiatría tiene la oportunidad de promover un conocimiento más amplio de lo que significa ser una persona. La humanidad no se puede reducir a sus aspectos materiales, como en el abordaje del conductismo o la Psiquiatría molecular. La humanidad tampoco se puede reducir al dualismo de cuerpo y mente, como en los abordajes cognitivo-conductuales.

La autoconciencia requiere el conocimiento de los aspectos físicos, mentales y espirituales del ser humano. Para potenciar una autoconciencia plena, la TCC se debe complementar enfatizando los aspectos existenciales, tales como el logro de la autoaceptación y el sentido al enfrentar las dificultades vitales. El sentido se puede alcanzar a través de alguien o algo que tenga valor en sí mismo, actuando con amabilidad y con el propósito de ayudar a los demás o desarrollando actitudes como la compasión y el humor, que otorgan un significado al sufrimiento (16, 31, 32). La terapia complementada con aspectos espirituales es más eficaz que la TCC respecto a la activación de los sentimientos de esperanza y de satisfacción vital (16, 31, 32). En ensayos clínicos aleatorizados y efectuados con control también se ha demostrado que esta terapia potenciada reduce los índices de recidiva e incrementa la calidad de la recuperación funcional (16). La reducción en los índices de recidiva indica que la potenciación de la búsqueda del sentido puede ayudar en ocasiones a las personas a desarrollar su carácter de modo tal que muestran una vulnerabilidad menor frente a episodios futuros.

Para incorporar un conocimiento pleno del desarrollo espiritual en la práctica clínica general, es necesario comprender la forma en la que las personas desarrollan normalmente su sensación de bienestar. La potenciación del desarrollo de los rasgos del carácter como la autodirección, la cooperación y la espiritualidad da lugar automáticamente a una buena calidad de vida. El conocimiento de los mecanismos necesarios para potenciar el desarrollo espiritual permite al terapeuta abordar desde un punto de vista terapéutico toda la gama de trastornos, siempre y cuando tenga en cuenta los métodos apropiados para manejar los numerosos obstáculos que pueden encontrar los pacientes a lo largo de su camino hacia el bienestar.

ETAPAS EN EL CAMINO HACIA EL BIENESTAR

Hay tres etapas principales en la autoconciencia a lo largo del camino que conduce al bienestar; estas tres etapas se resumen en la tabla 1 y están fundamentadas en estudios exhaustivos realizados por numerosos autores, tal como se expone con mayor detalle en otro trabajo (7). La ausencia de autoconciencia se observa en los trastornos de la personalidad y en las psicosis graves, en que hay una conciencia escasa o nula del esquema preverbal o de las propias creencias e interpretaciones, que dan lugar, automáticamente, a impulsos emocionales y acciones. Al carecer de autoconciencia, las personas actúan en función de sus gustos y aversiones inmediatos, lo que generalmente se describe como un estado del yo inmaduro o «de tipo infantil».

La primera etapa de la autoconciencia es típica de la mayoría de los adultos en la mayor parte de las situaciones. La cognición habitual del adulto implica la capacidad de posponer la gratificación para alcanzar objetivos personales, pero sigue siendo de tipo egocéntrico y defensivo. La cognición convencional del adulto se asocia a frecuentes dificultades en las situaciones en las que el apego y los deseos se ven frustrados. Por lo tanto, la persona media puede actuar bien cuando las condiciones son buenas, pero a menudo experimenta problemas en situaciones de estrés. Habitualmente, la mayor parte de las personas razona en términos defensivos, de manera que luchan frecuentemente para demostrar que tienen razón y que los demás están equivocados. Sin embargo,

Tabla 1. Etapas de la autoconciencia en el camino hacia el bienestar

Etapa	Descripción	Características psicológicas
0	Falta de conciencia	Inmadurez, búsqueda inmediata de la gratificación (yo «de tipo infantil»)
1	Adulto promedio	Decisión, pero con egocentrismo; la cognición puede retrasar la gratificación, pero se acompaña de frecuentes emociones negativas (ansiedad, rabia, indignación) (yo «adulto»)
2	Metacognición	Madurez y alocentrismo; conciencia del razonamiento subconsciente propio; tranquilidad y paciencia, capacidad para supervisar los conflictos y las relaciones (yo «paternal», «consideración hacia los demás»)
3	Contemplación	Tranquilidad sin esfuerzo, conciencia imparcial; inteligencia, creatividad y cariño; capacidad para acceder a lo previamente inconsciente según lo necesario, sin esfuerzos ni dificultades («estado de bienestar», «etapa conmovedora»)

en esta etapa de la autoconciencia, la persona es capaz de tomar una decisión para relajarse y dejar escapar las emociones negativas, estableciendo así las bases para la aceptación de la realidad y para iniciar los pasos hacia una comprensión coherente.

La segunda etapa de la autoconciencia es característica de los adultos que actúan como «buenos padres». Los buenos padres tienen una perspectiva aloéfrica, es decir, están «centrados en los demás» y son capaces de considerar con tranquilidad las perspectivas y necesidades de sus hijos y de otras personas, de una manera equilibrada que conduce a la satisfacción y a la armonía. Este estado se experimenta cuando una persona es capaz de observar sus propios pensamientos subconscientes y de considerar los procesos de razonamiento de los demás de una forma similar a la que considera sus propios pensamientos. Por lo tanto, la segunda etapa se describe como una concienciación «metacognitiva», de consideración hacia los demás o de «mentalización». La capacidad de la mente para observarse a sí misma permite una mayor flexibilidad en las acciones, al reducir el razonamiento dicotómico (26). En esta etapa, la persona es capaz de observarse a sí misma y a los demás para poder comprender, sin juzgar ni acusar. Sin embargo, en esta etapa de consideración hacia los demás las personas todavía experimentan las emociones a partir de una perspectiva dualista y, por lo tanto, deben luchar esforzadamente para disciplinarse y controlar sus propias respuestas emocionales. Este esfuerzo es agotador y sólo tiene éxito parcialmente, de manera que la actitud de consideración hacia los demás sólo es moderadamente eficaz en cuanto al aumento del bienestar (7).

La tercera etapa de autoconciencia se denomina «contemplación», debido a que es la percepción directa de la perspectiva inicial de uno mismo, es decir, la perspectiva preverbal o los esquemas que dirigen nuestra atención y que establecen el marco general sobre el que se organizan nuestras expectativas, actitudes e interpretaciones de los acontecimientos. La toma de conciencia directa de nuestras perspectivas facilita el incremento de la concienciación a través del acceso a material previamente inconsciente, dejando marchar las ilusiones, y a través del cuestionamiento imparcial de las funciones básicas y de las creencias fundamentales respecto a la vida, tales como «estoy indefenso», «nadie me puede querer» o «la fe es una ilusión». La tercera etapa de la autoconciencia también se puede describir como la fase «conmovedora» debido a que en ella la persona adquiere conciencia respecto a los sentimientos preverbales profundos que aparecen espontáneamente desde una perspectiva integradora, tales como la esperanza,

la compasión y la veneración (7). La etapa conmovedora es mucho más poderosa para transformar la personalidad que la etapa de consideración hacia los demás, en la cual a menudo no se logra reducir los sentimientos de desesperanza (33). No obstante, la mayor parte de las personas nunca alcanza una etapa estable de contemplación en las sociedades actuales, repletas de mensajes materialistas y antiespirituales.

En numerosos estudios de carácter empírico se ha demostrado que el movimiento a través de estas etapas del desarrollo se puede describir y cuantificar en términos de pasos en el desarrollo del carácter o del desarrollo psicosocial; por ejemplo, en el trabajo de Vaillant (34) o en las fases del desarrollo del yo descritas por Erikson. Este desarrollo se puede contemplar como una espiral de expansión de la altura, el ancho y la profundidad, a medida que la persona madura o aumenta la coherencia de su personalidad. Asimismo, el movimiento del pensamiento de semana a semana o de mes a mes muestra la misma forma espiral, con independencia de la escala de tiempo. Está «autosimilitud» en la forma con independencia de la escala de tiempo es una propiedad característica de los sistemas adaptativos complejos, típicos de los procesos psicosociales en general (7). La utilidad clínica de esta propiedad consiste en que los terapeutas pueden enseñar a las personas a ejercitar su capacidad de autoconciencia, desplazándose a lo largo de las etapas de concienciación que se acaban de describir. La capacidad de las personas para hacer esto y las dificultades a las que se enfrentan revelan la forma en la que pueden ser capaces de enfrentar las dificultades de la vida.

En función de los resultados obtenidos en los estudios realizados sobre las etapas en el desarrollo de carácter y en la fortaleza emocional, he desarrollado un programa de psicoterapia que consiste en una secuencia de 15 módulos de intervención para guiar a la persona en el camino hacia el bienestar (tabla 2). Estas intervenciones se describen como argumentos de un diálogo con un paciente que realiza el tratamiento para alcanzar un mayor grado de salud y de felicidad. La secuencia terapéutica propuesta se corresponde con la secuencia natural a través de la cual la persona desarrolla su autoconciencia, adaptada para ofrecer una guía terapéutica y ejercicios de autoayuda, de manera que sea posible realizar un progreso sistemático hacia el bienestar.

Tabla 2. Denominaciones y temas de los 15 módulos del «Viaje al bienestar»

Grupo 1	Módulo 1: ¿qué lo hace feliz?; reconocimiento de lo que causa alegría Módulo 2: ¿qué lo hace infeliz?; conocimiento de las trampas del razonamiento Módulo 3: experiencia del bienestar; tranquilidad en el caos de la mente Módulo 4: comunión con la naturaleza; despertar de los sentidos físicos Módulo 5: descubrimiento del significado; despertar de los sentidos espirituales
Grupo 2	Módulo 6: más allá de la consideración hacia los demás; cultivo de la capacidad de conmoverse Módulo 7: observación y elevación de los pensamientos propios Módulo 8: observación y elevación de las relaciones humanas propias Módulo 9: trazado de la madurez e integración personales Módulo 10: contemplación del ser
Grupo 3	Módulo 11: ¿puede usted aprender a reducir el estrés? Módulo 12: eliminación de los temores Módulo 13: observación de los aspectos importantes de la vida Módulo 14: contemplación de los misterios Módulo 15: conciencia constante

Cada módulo tiene una duración de aproximadamente 50 minutos y se puede utilizar en formato de autoayuda o como complemento de la terapia individual o de grupo. Está diseñada como una intervención universal que puede ser aplicada por cualquier persona con independencia del grado de salud física y mental, siempre y cuando posea la capacidad de comprensión de lectura correspondiente a una persona media de 14 años de edad (es decir, en octavo curso de educación). El terapeuta no debe repetir las instrucciones ni repasar el material estándar, pero puede comentar cuestiones individuales con el paciente y sugerir aplicaciones o tareas que puede realizar el paciente en su hogar y que sean especialmente apropiadas a su situación concreta. El ritmo de administración de los módulos de la serie puede ser determinado por el terapeuta, en función del grado de motivación y de la situación del paciente.

Todas las técnicas han sido evaluadas en el contexto clínico (18), y la mayor parte de ellas ha sido estudiada en ensayos clínicos realizados con asignación aleatoria y control, ya descritos en este artículo. Actualmente se está planificando un ensayo clínico aleatorizado y con control acerca del grupo completo de intervenciones. Es interesante destacar el hecho de que el primer grupo de módulos insiste en los métodos conductuales centrados en las emociones positivas, junto con los conceptos básicos del procesamiento cognitivo. El segundo grupo de módulos va más allá de la actitud de consideración hacia los demás, para estimular una concienciación metacognitiva más profunda de las perspectivas subyacentes a los pensamientos subconscientes. El tercer grupo de módulos implica la contemplación y el reconocimiento del significado de los símbolos preverbales a través de los cuales las influencias internas y externas, que generalmente son inconscientes, se pueden comunicar mediante el establecimiento de un marco genérico de expectativas subconscientes, tal como ocurre en los sueños y en algunas formas de anuncios publicitarios, movimientos sociales u otras situaciones potentes. Estas etapas del tratamiento se corresponden a las fases de desarrollo espiritual, pero están basadas en principios psicobiológicos explícitos, tal como se ha desarrollado en otro artículo (7).

Personalmente, tengo la esperanza de que esta descripción explícita de una secuencia de intervenciones pueda ayudar a los terapeutas a superar su lamentable rechazo a la consideración de las necesidades espirituales del paciente. En mis propios pacientes he comprobado que es posible mantener una actitud no acusadora al plantear cuestiones relativas a los valores espirituales. Insisto en el hecho de que cualquier persona debe cuestionar toda forma de autoridad, incluyendo la que yo puedo representar, y que debe centrarse en la realización de ejercicios concretos a través de los cuales pueda obtener respuestas para sí misma. Este enfoque permite prestar atención a una espiritualidad fundamentada en los principios de la psicobiología y en los sentimientos de compasión y tolerancia, más que en juicios dogmáticos basados en el temor y la intolerancia. He comprobado en mi experiencia concreta que estos aspectos han hecho posible que el tratamiento que propongo sea más eficaz y gozoso tanto para mis pacientes como para mí mismo. Solamente a través de la consideración de la espiritualidad de una forma científica y no acusadora podrá convertirse la Psiquiatría en una ciencia del bienestar capaz de reducir la discapacidad y el estigma habitualmente asociados a las enfermedades mentales.

World Psychiatry 2006; 4: 71-76

Bibliografía

- Myers DG, Diener E. The pursuit of happiness. *Sci Am* 1996;273:70-2.
- Diener E, Lucas RE, Oishi S. Subjective well-being: the science of happiness and life satisfaction. In: Snyder CR, Lopez SJ (eds). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press, 2002:63-73.
- Huppert FA, Whittington JE. Evidence for the independence of positive and negative well-being: implications for quality of life assessment. *Br J Health Psychol* 2003;8:107-22.
- Seligman M. *Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press, 2002.
- Kendell RE. The choice of diagnostic criteria for biological research. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:1334-9.
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:975-90.
- Cloninger CR. *Feeling good: the science of well being*. New York: Oxford University Press, 2004.
- Murray CJL, Lopez AD (eds). *A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: Harvard University Press, 1996.
- Walsh BT, Seidman SN, Sysko R et al. Placebo responses in studies of major depression: variable, substantial, and growing. *JAMA* 2002;287:1840-7.
- Fava GA, Rafanelli C, Grandi S et al. Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:816-20.
- Johnson BA, Roache JD, Javors MA et al. Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;284:963-71.
- Feinn R, Kranzler HR. Does effect size in naltrexone trials for alcohol dependence differ for single-site vs. multi-center studies. *Alcohol Clin Exp Res* 2005;29:983-8.
- Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005;353:1209-23.
- Fava GA, Ruini C, Rafanelli C et al. Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychother Psychosom* 2005;74:26-30.
- Fava GA, Ravanelli C, Cazzaro M et al. Well-being therapy: a novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychol Med* 1998;28:475-80.
- D'Souza RF, Rodrigo A. Spiritually augmented cognitive behavioral therapy. *Australasian Psychiatry* 2004;12:148-52.
- Emmons RA, McCullough ME. Counting blessings versus burdens: an experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *J Person Soc Psychol* 2003;84:377-89.
- Cloninger CR, Svrakic DM. Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment. *Psychiatry* 1997;60:120-41.
- Farmer A, Mahmood A, Redman K et al. A sib-pair study of the Temperament and Character Inventory in major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:490-6.
- Tome MB, Cloninger CR, Watson JP et al. Serotonergic autoreceptor blockade in the reduction of antidepressant latency: personality and response to paroxetine and pindolol. *J Affect Disord* 1997;44:101-9.
- Cloninger CR. A practical way to diagnose personality disorder: a proposal. *J Person Disord* 2000;14:99-108.
- Bulik CM, Sullivan PF, Joyce PR et al. Predictors of 1-year treatment outcome in bulimia nervosa. *Compr Psychiatry* 1998;39:206-14.
- Burns DD. *Feeling good: the new mood therapy*. New York: Morrow, 1980.
- Beck AT, Freeman A. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford, 1990.
- Beck AT. Beyond belief: a theory of modes, personality, and psychopathology. In: Salkovskis PM (ed). *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford, 1996:1-25.
- Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H et al. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:275-87.
- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM et al. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:615-23.

28. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:31-40.
29. Chalmers DJ. *The conscious mind: in search of a fundamental theory*. New York: Oxford University Press, 1996.
30. Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM. *Principles of neural science*. New York: McGraw-Hill, 2000.
31. Frankl VE. *Man's search for meaning: an introduction to logotherapy*. New York: Simon and Schuster, 1959.
32. Frankl VE. *The unheard cry for meaning: psychotherapy and humanism*. New York: Pocket Books, 1978.
33. Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford, 1993.
34. Vaillant GE, Milofsky E. Natural history of male psychological health: IX. Empirical evidence for Erikson's model of the life cycle. *Am J Psychiatry* 1980;137:1348-59.

La hipótesis del cerebro social en la esquizofrenia

JONATHAN BURNS

Department of Psychiatry, Nelson Mandela School of Medicine, University of KwaZulu-Natal, Durban 4000, South Africa

La hipótesis del cerebro social es útil para la comprensión de la esquizofrenia. Centra la atención en el concepto bleuleriano fundamental de alienación autista y es congruente con los hallazgos adecuadamente validados de la disfunción del cerebro social en la esquizofrenia, así como con las teorías contemporáneas de la evolución cognitiva y cerebral del ser humano. Las contribuciones de Heidegger, Merleau-Ponty y Wittgenstein permiten concebir una «filosofía de la relación interpersonal», la que refleja mejor la «mente en el cuerpo» y significa el final del pensamiento dualista cartesiano. En este artículo se resume la evolución, el desarrollo y la neurobiología del cerebro social, es decir, del sustrato anatómico y funcional del comportamiento social adaptativo y de la cognición. Las técnicas de imagen funcional demuestran la existencia de redes neurales corticales frontotemporales y frontoparietales como fundamento físico del cerebro social, al tiempo que el descubrimiento de las «neuronas en espejo» proporciona la comprensión del funcionamiento celular de la cognición social. Los pacientes que sufren esquizofrenia muestran alteraciones en una amplia gama de tareas cognitivas sociales, como el reconocimiento emocional, la teoría de la mente y la respuesta afectiva. Además, en recientes estudios de investigación se ha observado que la esquizofrenia es un trastorno de la conectividad funcional y estructural que afecta a las redes neurales del cerebro social. Estos hallazgos respaldan la propuesta de que la esquizofrenia es realmente un costoso producto colateral de la evolución cerebral del Homo sapiens. Los individuos que sufren esta enfermedad se perciben a sí mismos como en gran desventaja respecto al contexto social y vulnerables frente a las distintas formas de estrés asociadas a los ambientes sociales complejos. Este estado de «incorporeidad» y de alienación interpersonal es el fenómeno fundamental en la esquizofrenia y la causa básica del intolerable sufrimiento de las personas que padecen esta enfermedad.

Palabras clave: esquizofrenia, cerebro social, autismo, evolución, conectividad

Desde hace más de un siglo, en Psiquiatría han surgido numerosos modelos explicativos o hipótesis acerca de la esquizofrenia. En este artículo se introduce el concepto de un cerebro social evolucionado en el *Homo sapiens*, que es vulnerable a la aparición de alteraciones, las que se manifiestan en forma de cuadros psicopatológicos como la psicosis. Esta hipótesis del cerebro social es un concepto útil para el conocimiento de la esquizofrenia, debido a que es congruente con los modelos existentes de la enfermedad y a que, además, centra la atención sobre lo que quizá son los síntomas más devastadores y constantes de esta enfermedad: la pérdida de la aptitud sociocognitiva y la alienación del yo respecto al mundo social.

Además, la hipótesis del cerebro social es congruente con las teorías contemporáneas de la evolución cognitiva y cerebral del ser humano, de la cognición individual, del desarrollo emocional y social, y de la estructura y la función anatómicas y fisiológicas de las redes neurales subyacentes a la cognición y a los comportamientos sociales complejos. Finalmente, esta hipótesis refleja las modificaciones que han tenido lugar recientemente en el abordaje filosófico del problema de la relación mente/cerebro (1, 2).

Muchos filósofos y fenomenólogos contemporáneos dedicados al estudio de la mente han abandonado el modelo cartesiano de una mente etérea aislada y separada del cuerpo y el ambiente, en favor de un concepto de mente física y socialmente integrada, corporizada en el mundo real. Durante 400 años, el modelo dualista de Descartes ha dominado el pensamiento en las ciencias biológicas y sociales (3), y su tremenda influencia todavía es evidente en la «separación mente-cuerpo» que caracteriza el concepto moderno de la vida mental. Durante los últimos decenios, y en respuesta a los defectos obvios del modelo cartesiano, filósofos como Martin Heidegger (4) y Maurice Merleau-Ponty (5) han desarrollado un nuevo fundamento filosófico para el estudio y el conocimiento del comportamiento humano y de los fenómenos mentales, una filosofía que refleja la naturaleza interpersonal de la vida mental. Según Bracken (6), Heidegger describe el mundo como existente «*a priori*», es decir, antes de la representación humana de dicho mundo como un concepto. Bracken explica: «La existencia, en el sentido de la existencia humana vivida, involucrada e inmersa en el mundo real, es el antecedente necesario y la condición imprescindible del pensamiento» (6). En su famosa obra «Fenomenología de la percepción», Merleau-Ponty (5) señaló que la condición humana es fundamentalmente un «estar en el

mundo»; la mente existe como un fenómeno «corpóreo», construido en el mundo físico del cuerpo humano y de la sociedad, e incorporado a dicho mundo. Estos grandes pensadores y sus continuadores han proporcionado «un poderoso antídoto frente al predominio del cartesianismo tanto en las humanidades como en las ciencias humanas» (6), es decir, una nueva «filosofía de la relación interpersonal», respaldada por los últimos hallazgos de las investigaciones en la neurociencia cognitiva, del desarrollo y evolutiva.

EL CEREBRO SOCIAL

El concepto de «cerebro social» se originó en los campos de la biología evolutiva, la primatología y la neurociencia comparativa, aunque recientemente ha adquirido un gran predominio en las ciencias cognitivas y del comportamiento. En un artículo de gran repercusión, Brothers describió «el cerebro social» como el conjunto de sistemas cognitivos y afectivos superiores del cerebro cuya evolución ha tenido lugar a consecuencia de presiones sociales selectivas cada vez más complejas (7). Estos sistemas están en el origen de la capacidad humana para actuar como animales fuertemente sociales y proporcionan el sustrato necesario para el desarrollo normal de la cognición social, el comportamiento social y la respuesta afectiva.

Chance y Mead (8) estuvieron entre los primeros investigadores que sugirieron que la dinámica social podría constituir la fuerza motriz principal en la evolución del cerebro de los homínidos. Señalaron que «el progreso del hombre se ha debido, en parte, a la competición por la posición social» (8). El punto de vista de Chance y Mead fue olvidado prácticamente durante los dos decenios siguientes, aunque un grupo de autores como Jolly (9) y Kummer (10) abordaron la cuestión de la inteligencia social en sus análisis del comportamiento social de los lémures y los babuinos hamadriades, respectivamente. Según los primatólogos Byrne y Whiten (11), fue el ensayo de Humphrey «La función social del intelecto» (12) el que inauguró realmente el nuevo campo de estudio que en la actualidad se denomina «neurociencia cognitiva social». Humphrey señaló que la cohesión social es fundamental para la creación de un contexto en el que sean posibles la transmisión y el aprendizaje de las habilidades y los conocimientos necesarios para la supervivencia. Además, la cohesión social

en un grupo depende de la posesión de habilidades cognitivas sociales complejas por parte de los miembros de dicho grupo. La dinámica de grupo no es algo estático, sino que cambia constantemente. Así, para sobrevivir, los miembros del grupo deben tener una gran habilidad en el arte de la detección, la interpretación y el cálculo de los costes y beneficios relativos de cada comportamiento seleccionado.

Las habilidades necesarias para el control eficaz de las relaciones sociales se recogen bajo el término de «cognición social». Grady y Keightley (13) enumeran las siguientes funciones de la cognición social: percepción de los mensajes emitidos por el rostro; procesamiento emocional (que incluye tanto la percepción de la información emocional existente en el ambiente como la regulación del estado de ánimo); la «teoría de la mente» (v. más adelante), y la autorreferencia junto con la memoria de trabajo. Al igual que ha ocurrido en las ciencias cognitivas y conductuales, en relación con el concepto de cognición social también ha surgido una voluminosa terminología. Por ejemplo, en cuanto a la capacidad de los simios para reconocer o inferir estados mentales en otros individuos, Byrne y Whiten (14) han utilizado el término de «metarrepresentación». Tal como señala Brúe (15), un individuo posee «metarrepresentaciones del mundo social» que, a su vez, indican la posesión de una «metacognición social». A partir de las maquinaciones sociales recogidas en «El príncipe» de Maquiavelo, De Waal (16) introdujo el término de «inteligencia maquiavélica» para describir el comportamiento social y político de los chimpancés. Otros autores lo han denominado «mentalización» (17), «psicología popular (*folk*)» (18) y «postura intencionada» (19). El término más utilizado en Psiquiatría posiblemente sea el de «teoría de la mente». Este concepto describe la suposición que realiza un individuo, durante la comunicación, de que el otro individuo posee una mente igual a la suya. La teoría de la mente es la capacidad de atribuir estados mentales a otros individuos y, por lo tanto, constituye el auténtico fundamento de la interacción y la comunicación sociales. La habilidad en cuanto a teoría de la mente permite al individuo participar cognitivamente en el contexto social. Así, la teoría de la mente es un aspecto básico de la cognición social.

Las habilidades cognitivas sociales se desarrollan en el lactante humano según un patrón predecible. Los psicólogos del desarrollo contemporáneos, como Meltzoff, Gopnick y Trevarthen (20), han señalado que tanto el sentido del «yo» como la conciencia individual se desarrollan en el niño a partir de una intersubjetividad primaria entre la madre y él. En su obra «La huella del viernes: cómo configura la sociedad la mente humana», la pionera del concepto de cerebro social Leslie Brothers (21) expone el trabajo de George Herbert Mead, que señaló: «Los significados [...] se originan en la interacción social [...] La autoconciencia se crea en el proceso de la experiencia social. La actitud generalizada de los demás hacia uno mismo queda relacionada con las sensaciones corporales propias, lo que da lugar a los sentimientos de la existencia personal con los que está familiarizado el individuo». Así, la conciencia individual procede del significado colectivo y, siguiendo al filósofo austriaco Ludwig Wittgenstein, las palabras y el lenguaje sólo significan aquello que indica el contexto social del que forman parte. Si nos centramos en el desarrollo de la cognición social madura y de la teoría de la mente, se acepta de manera general que estas habilidades se alcanzan hacia los 4 años de edad (22). Avis y Harris (23) estudiaron a niños de la tribu pigmea Baka de Camerún y su conclusión fue que está habilidad se alcanza a una edad similar en las distintas culturas. Sin embargo, Lillard (24) ha señalado que, en términos de la manifestación real de la teoría de la mente, existen variaciones culturales.

Las modalidades actuales de imagen funcional, como la tomografía con emisión de positrones, la tomografía computarizada con emisión de fotón único y la resonancia magnética funcional, permiten identificar las bases anatómicas y funcionales de la cog-

nición social y de la habilidad en teoría de la mente. De esa manera, es posible describir la localización geográfica del «cerebro social». Con estas técnicas se demuestra que la anatomía del cerebro social se debe contemplar en términos de una red de complejas interconexiones neurales que relacionan los lóbulos prefrontales con los lóbulos temporales y parietales cerebrales. Estas redes neurales son fundamentalmente corticales y conectan principalmente entre sí las regiones de asociación corticales frontales y posteriores, aunque también implican la existencia de vínculos verticales que conectan la corteza superficial con estructuras cerebrales más profundas y filogenéticamente más antiguas, como el sistema límbico. Cuando se utilizan las técnicas de imagen funcional para evaluar a personas normales que realizan tareas cognitivas sociales (como la contemplación de las expresiones faciales de la emoción, la realización de ejercicios de teoría de la mente o la predicción de intenciones), se puede observar la activación de regiones cerebrales específicas. Entre ellas, la corteza prefrontal dorsolateral, la corteza orbitofrontal, la corteza cingular anterior, el núcleo amigdalino, la circunvolución temporal superior y la corteza de asociación parietal (25-29). El complejo constituido por estas regiones y por sus circuitos neurales de interconexión puede ser definido como «el cerebro social».

El descubrimiento de las denominadas «neuronas en espejo» a principios del decenio de 1990 permitió el estudio celular de la cognición social. Localizadas inicialmente en el área de Broca de la corteza prefrontal del macaco (30), las neuronas en espejo han sido identificadas posteriormente en el área de Broca, la corteza premotora, el surco temporal superior y la corteza parietal posterior en el ser humano (31-33). Las neuronas en espejo se activan cuando la persona observa que otro individuo realiza una acción dirigida hacia la consecución de un objetivo. Así, actúan reflejando o simulando en la corteza motora del observador las acciones intencionadas observadas; es decir, «representan» internamente una acción (31, 34). Otras neuronas en espejo representan estímulos correspondientes a modalidades no visuales; por ejemplo, las «neuronas en espejo audiovisuales», que se activan en respuesta a las señales auditivas de acciones intencionadas (35, 36). Se ha propuesto que este sistema de neuronas en espejo constituye el fundamento de un «conjunto compartido» de experiencias interpersonales (37, 38); también se ha propuesto que este sistema proporciona un fundamento para explicar la empatía humana (39) o el «conocimiento vivenciado de las emociones que sienten los demás» (40). Por lo tanto, el sistema de neuronas en espejo constituye un mecanismo intrínseco para la participación y la respuesta activas frente a los estímulos interpersonales que proceden del mundo social en el que existimos. No es sorprendente que este sistema esté localizado en el interior de la región anatómica que hemos denominado «el cerebro social».

LA ESQUIZOFRENIA Y EL CEREBRO SOCIAL

El concepto de «cerebro social» es útil para describir las manifestaciones clínicas y los fundamentos biológicos de una amplia gama de trastornos psicopatológicos. Hay pruebas que demuestran la disfunción del cerebro social en una amplia gama de trastornos mentales, tanto de naturaleza psicótica como neurótica. Por ejemplo, el autismo ha sido contemplado durante mucho tiempo como un trastorno del cerebro social (41, 42). Desde mi punto de vista personal, la razón de ello ha sido en parte el énfasis histórico sobre la disfunción social en el autismo, mientras que los clínicos especializados en esquizofrenia siempre han tendido a otorgar un valor mayor a alteraciones más «vistosas», como las ideas delirantes y las alucinaciones. Sin embargo, también se ha demostrado la existencia de alteraciones en la cognición social y en la habilidad en teoría de la mente en el trastorno bipolar (43,

44), la psicopatía (45) y la demencia (46). Estos hallazgos hicieron que Brüe (47) señalara que todo el espectro de psicosis funcionales y, quizá, todos los trastornos mentales, deberían ser considerados «trastornos del cerebro social». Sin embargo, la psicosis, y posiblemente la esquizofrenia clásica en particular, representan el trastorno del cerebro social «primordial» o «prototípico». De hecho, la esquizofrenia es un trastorno de la mente en el que se observan disfunciones en todas las esferas de la cognición social y del comportamiento social.

Los conceptos relativos a la esquizofrenia han estado dominados durante mucho tiempo por el énfasis en síntomas como las alucinaciones auditivas, las ideas delirantes y los razonamientos y comportamientos desorganizados. Sin embargo, estos síntomas, denominados «síntomas positivos», no son de ninguna manera específicos de la esquizofrenia; la mayor parte de los clínicos ha podido observar todos estos problemas en pacientes que sufren trastornos del estado de ánimo, cuadros de demencia, trastornos disociativos y síndromes relacionados con sustancias. Además, dentro de la amplia gama de cuadros clínicos comprendidos dentro del término esquizofrenia se observan variaciones significativas en cuanto a la fenomenología «positiva». Estos desconcertantes hechos han dado lugar a que diversos autores vuelvan a las ideas de Bleuler, con el objetivo de identificar la característica básica o fundamental de la esquizofrenia. Bleuler (48) consideraba que la esquizofrenia «se caracteriza por un tipo específico de alteración del razonamiento y de los sentimientos, así como de las relaciones con el mundo exterior, que no se observa en ninguna otra enfermedad». Además, consideraba que bajo los síntomas obvios y variables como las alucinaciones y las ideas delirantes había una unidad interna menos manifiesta. Bleuler definió esta unidad en términos de cuatro «síntomas básicos»: alteraciones de la asociación, ambivalencia, alteraciones afectivas y autismo.

Bleuler utilizó el término de «autismo» para describir el desinterés por la realidad externa y la inmersión en la vida interna. Minkowski consideró más adelante que la esquizofrenia era una situación de ruptura entre el intelecto y la intuición, considerando el primero «asociado al análisis y el razonamiento abstracto» y la segunda, «fundamentada en [...] la vitalidad y el dinamismo temporal de la experiencia tal como se vive realmente». Esta ruptura da lugar a una pérdida del «sentido básico de la vitalidad o de la conexión vital con el mundo, a menudo acompañada por una hipertrofia de las tendencias intelectuales» (48). Sass y Parnas (49) han descrito recientemente dos fenómenos esquizofrénicos básicos: «la disminución del afecto por sí mismo», que representa una reducción del sentido básico de la propia presencia, del «sentido implícito de existir como un sujeto vital y en posesión de su propia conciencia», y la «hiperreflexividad», que es una «autoconciencia exagerada» que hace que se produzca una externalización objetiva del yo. El concepto de Blankenburg de «pérdida de la autoevidencia natural» (50) y el concepto de Kimura de predominio del yo «noemático» («pensamiento») sobre el yo «noético» («conocimiento») (51) pueden ser considerados como distintas denominaciones para el mismo proceso.

Si se reflexiona sobre el concepto de Merleau-Ponty de la mente como un fenómeno «corporal», construido e integrado en el mundo físico del cuerpo y la sociedad (5), se observa que existe coincidencia entre este concepto y los puntos de vista antes señalados. La esquizofrenia representa una alienación respecto al yo corpóreo y al mundo; un desapego del «sentido primario de la vitalidad» de Minkowski; una pérdida de la «autoevidencia natural» de Blankenburg, y una pérdida del sentido «noético» de Kimura respecto al mantenimiento de una presencia corpórea en el mundo. Así, puede concluirse que el conjunto de las iniciativas fenomenológicas que se han llevado a cabo en el siglo XX para definir la alteración esencial de la esquizofrenia respalda la idea de que el problema básico al que se enfrentan estos pacientes está re-

lacionado con su sentimiento de desapego o separación y pérdida de corporeidad respecto al «yo social» y al «mundo social».

Diversos estudios han demostrado de manera convincente alteraciones en una amplia gama de tareas cognitivas sociales en los pacientes con esquizofrenia. Por ejemplo, la alteración en la evaluación de la dirección de la mirada (52); la alteración del procesamiento de la información facial, tanto en el procesamiento de la información correspondiente a caras neutras (53) como en la percepción de expresiones emocionales en los rostros (54, 55), y carencias en el manejo de los conflictos y en la respuesta a ellos (56, 57). También se han demostrado alteraciones en la teoría de la mente en pacientes sometidos a una amplia gama de experimentos en los que evidenciaron sus dificultades para atribuir estados mentales y para detectar los engaños y las creencias falsas (58-60). Brüe (61) ha señalado que estos problemas en el reconocimiento de las emociones dependen de rasgos más que de estados, citando estudios de investigación adecuadamente validados (54, 62) en los que se sugiere que los problemas de la cognición social son «carencias» persistentes que caracterizan a la enfermedad en sí misma. En un estudio realizado por Edwards y cols. (63), en pacientes con un primer episodio de esquizofrenia, se evaluaron las manifestaciones iniciales de las carencias en el reconocimiento de emociones, y se demostró que los problemas relativos al cerebro social podrían incluso anteceder al inicio de la enfermedad.

Los estudios con técnicas de imagen estructurales y funcionales sitúan a las carencias de la cognición social y de la teoría de la mente que se observan en la esquizofrenia en el contexto de una red neural interconectada de áreas de asociación prefrontales, temporales y parietales. Las estructuras implicadas son la corteza prefrontal dorsolateral (64, 75), la corteza orbitofrontal (66), la circunvolución temporal superior (65, 67), el núcleo amigdalino (68), la corteza cingular anterior (57) y la corteza parietal inferior (66, 69). Dada la función que desempeña el sistema de neuronas en espejo en la cognición social, no es sorprendente que actualmente se hayan podido detectar alteraciones de las neuronas en espejo en pacientes con esquizofrenia (70, 71), lo que posiblemente representa una línea importante de investigación futura (72). Puede, por lo tanto, concluirse que las carencias cognitivas primarias en la esquizofrenia se producen en el dominio de la cognición social, mientras que las alteraciones estructurales y funcionales primarias se localizan en las redes neurales corticales correspondientes al cerebro social.

Finalmente, en estudios de investigación recientes se ha señalado que existen alteraciones específicas en la integridad estructural de los tractos de sustancia blanca que conectan las cortezas prefrontal y temporoparietal (73). Estos hallazgos respaldan la hipótesis de que la esquizofrenia es un trastorno de la conectividad funcional y estructural entre diversas regiones de la corteza, tanto entre sí como entre estas estructuras corticales y estructuras subcorticales profundas del cerebro (74, 75). Dado que estas redes neurales definen el marco preciso del cerebro social en el ser humano, mi punto de vista particular es que este trastorno de inadaptación puede ser considerado como un efecto colateral de la evolución del cerebro social en el *Homo sapiens*. El ser humano es una especie fuertemente adaptada e integrada a un complejo mundo social. La esquizofrenia representa un trastorno de esta red cerebral social evolucionada. Así, los individuos que sufren esta enfermedad se sienten en gran desventaja en cuanto al contexto social, incapaces de comprender y responder correctamente a las señales sociales, y vulnerables frente a las distintas formas de estrés originadas en su complejo ambiente social. Este estado de «incorporeidad» y de alienación interpersonal representa el fenómeno básico de la esquizofrenia y la causa fundamental del sufrimiento intolerable que acompaña a las personas que la padecen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burns JK. An evolutionary theory of schizophrenia: cortical connectivity, metarepresentation and the social brain. *Behav Brain Sci* 2004;27:831-55.
2. Burns JK. *The descent of madness: evolutionary origins of psychosis and the social brain*. London: Brunner Routledge (in press).
3. Gold J. Cartesian dualism and the current crisis in medicine – a plea for a philosophical approach: discussion paper. *J Roy Soc Med* 1985;78:663-6.
4. Heidegger M. *Being and time*. New York: Harper and Row, 1962.
5. Merleau-Ponty M. *Phenomenology of perception*. London: Routledge and Kegan Paul, 1962.
6. Bracken P. *Trauma: culture, meaning and philosophy*. London: Whurr, 2002.
7. Brothers L. The social brain: a project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain. *Concepts Neurosci* 1990;1:27-51.
8. Chance MRA, Mead AP. Social behaviour and primate evolution. *Symp Soc Exper Biol* 1953;7:395-439.
9. Jolly A. Lemur social behaviour and primate intelligence. *Science* 1966;153:501-6.
10. Kummer H. Tripartite relations in hamadryas baboons. In: Altmann SA (ed). *Social communication among primates*. Chicago: University of Chicago Press, 1967:63-71.
11. Byrne RW, Whiten A (eds). *Machiavellian intelligence: social expertise and the evolution of intellect in monkeys, apes and humans*. Oxford: Clarendon, 1988.
12. Humphrey NK. The social function of intellect. In: Bateson PPG, Hinde RA (eds). *Growing points in ethology*. Cambridge: Cambridge University Press, 1976:303-17.
13. Grady CL, Keightley ML. Studies of altered social cognition in neuropsychiatric disorders using functional neuroimaging. *Can J Psychiatry* 2002;47:327-36.
14. Byrne RW, Whiten A. Computation and mind-reading in primate tactical deception. In: Whiten A (ed). *Natural theories of mind*. Oxford: Blackwell, 1991:127-41.
15. Brüne M. Social cognition and psychopathology in an evolutionary perspective. Current status and proposals for research. *Psychopathology* 2001;34:85-94.
16. De Waal FB. *Chimpanzee politics*. London: Cape, 1982.
17. Morton A. *Frames of mind: constraints on the common-sense conception of the mental*. Oxford: Clarendon, 1980.
18. Wellman HM. From desires to beliefs: acquisition of a theory of mind. In: Whiten A (ed). *Natural theories of mind: evolution, development and simulation of everyday mindreading*. Oxford: Basil Blackwell, 1991:19-38.
19. Dennett DC. *The intentional stance*. Cambridge: Bradford Books/MIT Press, 1987.
20. Trevarthen C, Aitken KJ. Infant intersubjectivity: research, theory and clinical applications. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42:3-48.
21. Brothers L. *Friday's footprint: how society shapes the human mind*. Oxford: Oxford University Press, 1997.
22. Perner J. *Understanding the representational mind*. Cambridge: MIT Press, 1991.
23. Avis J, Harris P. Belief-desire reasoning among Baka children: evidence for a universal conception of mind. *Child Develop* 1991;62:460-7.
24. Lillard A. Ethnopsychologies: cultural variations in theories of mind. *Psychol Bull* 1998;123:3-32.
25. Adolphs R. The neurobiology of social cognition. *Curr Opin Neurobiol* 2001;11:231-9.
26. Barbas H. Connections underlying the synthesis of cognition, memory, and emotion in primate prefrontal cortices. *Brain Res Bull* 2000;52:319-30.
27. Devinsky O, Morrell MJ, Vogt BA. Contributions of anterior cingulate cortex to behaviour. *Brain* 1995;118:279-306.
28. Haxby JV, Hoffman EA, Gobbini MI. Human neural systems for face recognition and social communication. *Biol Psychiatry* 2002;51:59-67.
29. Saxe R, Kanwisher N. People thinking about thinking people. The role of the temporo-parietal junction in "theory of mind". *Neuroimage* 2003;19:1835-42.
30. Di Pellegrino G, Fadiga L, Fogassi L et al. Understanding motor events: a neurophysiological study. *Exp Brain Res* 1992;91:176-80.
31. Rizzolatti G, Fadiga L, Fogassi L et al. Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cogn Brain Res* 1996;3:131-41.
32. Decety J, Grèzes J. Neural mechanisms subserving the perception of human actions. *Trends Cogn Sci* 1999;3:172-8.
33. Buccino G, Lui F, Canessa N et al. Neural circuits involved in the recognition of actions performed by non-conspecifics: an fMRI study. *J Cogn Neurosci* 2004;16:1-14.
34. Jeannerod M. The representing brain. Neural correlates of motor intention and imagery. *Behav Brain Sci* 1994;17:187-245.
35. Kohler E, Keysers C, Umiltà MA et al. Hearing sounds, understanding actions: action representation in mirror neurons. *Science* 2002;297:846-8.
36. Keysers C, Kohler E, Umiltà MA et al. Audiovisual mirror neurons and action recognition. *Exp Brain Res* 2003;153:628-36.
37. Gallese V. The "shared manifold" hypothesis: from mirror neurons to empathy. *J Consc Studies* 2001;8:33-50.
38. Gallese V. The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology* 2003;36:171-80.
39. Decety J, Jackson PL. The functional architecture of human empathy. *Behav Cogn Neurosci Rev* 2004;3:71-100.
40. Gallese V, Keysers C, Rizzolatti G. A unifying view of the basis of social cognition. *Trends Cogn Sci* 2004;8:396-403.
41. Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U. Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition* 1985;21:37-46.
42. Perner J, Frith U, Leslie AM et al. Exploration of the autistic child's theory of mind: knowledge, belief, and communication. *Child Develop* 1989;60:688-700.
43. Kerr N, Dunbar RI, Bentall RP. Theory of mind deficits in bipolar affective disorder. *J Affect Disord* 2003;73:253-9.
44. Kinderman P. Social cognition in paranoia and bipolar affective disorder. In: Brüne M, Ribbert H, Schiefenhövel W (eds). *The social brain: evolution and pathology*. Chichester: Wiley, 2003: 339-54.
45. Mealey L, Kinner S. Psychopathy, machiavellianism and theory of mind. In: Brüne M, Ribbert H, Schiefenhövel W (eds). *The social brain: evolution and pathology*. Chichester: Wiley, 2003:335-72.
46. Garcia Cuerva A, Sabe L, Kuzis G et al. "Theory of mind" and pragmatic abilities in dementia. *Neuropsychiatr Neuropsychol Behav Neurol* 2001;14:153-8.
47. Brüne M, Ribbert H, Schiefenhövel W. *The social brain: evolution and pathology*. Chichester: Wiley, 2003.
48. Bleuler E. *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin: Springer, 1920.
49. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness and the self. *Schizophr Bull* 2003;29:427-44.
50. Blankenburg W. *Der verlust der natürlichen selbstverständlichkeit: ein beitrag zur psychopathologie symptomarmer schizophrenien*. Stuttgart: Enke, 1971.
51. Kimura B. *Ecrits de psychopathologie phenomenologique*. Paris: Presses Universitaire de France, 1992.
52. Phillips ML, David AS. Viewing strategies for simple and chimeric faces: an investigation of perceptual bias in normals and schizophrenic patients using visual scan paths. *Brain and Cognition* 1997;35:225-38.
53. Williams LM, Loughland CM, Gordon E et al. Visual scanpaths in schizophrenia: is there a deficit in face recognition? *Schizophr Res* 1999;40:189-99.
54. Gaebel W, Wölwer W. Facial expression and emotional face recognition in schizophrenia and depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992;242:46-52.
55. Kohler CG, Bilker W, Hagendoorn M et al. Emotion recognition deficit in schizophrenia: association with symptomatology and cognition. *Biol Psychiatry* 2000;48:127-36.
56. Mathalon DH, Fedor M, Faustman WO et al. Response-monitoring dysfunction in schizophrenia: an event-related brain potential study. *J Abnorm Psychol* 2002;111:22-41.
57. Yucel M, Pantelis C, Stuart GW et al. Anterior cingulate activation during Stroop task performance: a PET to MRI coregistration study of individual patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002;159:251-4.
58. Corcoran R, Mercer G, Frith CD. Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating "theory of mind" in people with schizophrenia. *Schizophr Res* 1995;17:5-13.

59. Pickup GJ, Frith CD. Theory of mind impairments in schizophrenia: symptomatology, severity and specificity. *Psychol Med* 2001;31:207-20.
60. Brüne M, Brüne-Cohrs U. Theory of mind – evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. *Neurosci Biobehav Rev* (in press).
61. Brüne M. Social cognition and behaviour in schizophrenia. In: Brüne M, Ribbert H, Schiefenhövel W (eds). *The social brain: evolution and pathology*. Chichester: Wiley, 2003:277-314.
62. Wölwer W, Streit M, Polzer U et al. Facial affect recognition in the course of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1996;246:165-70.
63. Edwards L, Pattison PE, Jackson HJ et al. Facial affect and affective prosody recognition in first-episode schizophrenia. *Schizophr Res* 2001;48:235-53.
64. Tamminga CA, Thaker GK, Buchanan R et al. Limbic system abnormalities identified in schizophrenia using positron emission tomography with fluorodeoxyglucose and neocortical alterations with deficit syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:522-30.
65. Russell TA, Rubia K, Bullmore ET et al. Exploring the social brain in schizophrenia: left prefrontal underactivation during mental state attribution. *Am J Psychiatry* 2000;157:2040-2.
66. Sigmundsson T, Suckling J, Maier M et al. Structural abnormalities in frontal, temporal, and limbic regions and interconnecting white matter tracts in schizophrenic patients with prominent negative symptoms. *Am J Psychiatry* 2001;158:234-43.
67. Sanfilippo M, Lafargue T, Rusinek H et al. Volumetric measure of the frontal and temporal lobe regions in schizophrenia: relationship to negative symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:471-80.
68. Gur RE, McGrath C, Chan RM et al. An fMRI study of facial emotion processing in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002;159:1992-9.
69. Ross CA, Pearlson GD. Schizophrenia, the heteromodal association neocortex and development: potential for a neurogenetic approach. *Trends Neurosci* 1996;19:171-6.
70. Quintana J, Davidson T, Kovalik E et al. A compensatory mirror cortical mechanism for facial affect processing in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 2001;25:915-24.
71. Fahim C, Stip E, Mancini-Marie A et al. Negative socio-emotional resonance in schizophrenia: a functional magnetic resonance imaging hypothesis. *Med Hypotheses* 2004;63:467-75.
72. Arbib MA, Mundhenk TN. Schizophrenia and the mirror system: an essay. *Neuropsychologia* 2005;43:268-80.
73. Burns JK, Job DE, Bastin ME et al. Structural dysconnectivity in schizophrenia: a diffusion tensor MRI study. *Br J Psychiatry* 2003;182:439-43.
74. Frith CD, Friston KJ, Herold S et al. Regional brain activity in chronic schizophrenic patients during the performance of a verbal fluency task. *Br J Psychiatry* 1995;167:343-9.
75. McGuire PK, Frith CD. Disordered functional connectivity in schizophrenia. *Psychol Med* 1996;26:663-7.

Avances recientes en la teoría de la disociación

CARSTEN SPITZER, SVEN BARNOW, HARALD J. FREYBERGER, HANS JOERGEN GRABE

Department of Psychiatry and Psychotherapy, Ernst-Moritz-Arndt University, HANSE-Klinikum Stralsund, Rostocker Chaussee 70, D-18437 Stralsund, Germany

Aunque el concepto de disociación fue introducido en Psiquiatría a finales del siglo XIX por Pierre Janet, este término carece todavía de una conceptualización coherente, lo que se refleja parcialmente en las diferencias existentes en la clasificación de los trastornos disociativos y de conversión en los sistemas de clasificación de la CIE-10 y del DSM-IV. Dada la trascendencia clínica de los trastornos disociativos en numerosos trastornos, adquieren gran importancia las diferentes iniciativas que se han llevado a cabo durante los últimos años para ajustar y reformular los conceptos acerca de este tema. Los abordajes más prometedores y convincentes coinciden en subdividir la disociación en tipos cualitativamente diferentes: disociación patológica frente a disociación no patológica, y «desapego» frente a «compartimentalización». En este artículo se revisan dichos conceptos y se exponen sus posibilidades científicas y clínicas, así como sus limitaciones.

Palabras clave: disociación patológica, desapego, compartimentalización, clasificación

La disociación representa la característica básica de los trastornos disociativos (1-3). Además, las experiencias disociativas están entre los criterios diagnósticos del trastorno por estrés agudo (TEA) y del trastorno por estrés postraumático (TEPT), así como del trastorno límite de la personalidad (1, 4-6). Por otra parte, los fenómenos disociativos aparecen en una amplia gama de trastornos mentales (p. ej., esquizofrenia, trastornos afectivos, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos somatomorfos) y han sido asociados a diferentes trastornos de la personalidad (7-13). También se los ha relacionado con experiencias traumáticas (4, 14, 15) y parecen constituir un importante elemento predictivo de la mala respuesta al tratamiento y de los elevados índices de recidiva, al menos en los pacientes con trastorno de angustia y trastorno obsesivo-compulsivo (16, 17).

A pesar de la reconocida trascendencia clínica de la disociación, existen desacuerdos en cuanto a su conceptualización. La noción de que «carece de un referente único y coherente [...] algo en lo que todos los investigadores en esta área están de acuerdo» (18) queda reflejada por las diferencias en la definición y la clasificación de los trastornos disociativos en los sistemas de la CIE-10 y del DSM-IV. Mientras que en el DSM-IV se define la disociación como una «desestructuración en las funciones habitualmente integradas de la conciencia, la memoria, la identidad y la percepción del entorno» (1), en la CIE-10 se define como una «pérdida parcial o completa de la integración normal entre los recuerdos del pasado, la conciencia de la identidad y las sensaciones inmediatas, por un lado, y el control de los movimientos corporales, por otro» (2). En resumen, ambos sistemas de clasificación coinciden en que la disociación está relacionada con el sistema de memoria (autobiográfica), la conciencia y el dominio de la identidad personal. Sin embargo, en la CIE-10 se reconoce que también puede afectar a los sistemas sensitivo y motor, lo que puede conducir a síntomas incluidos bajo el concepto de conversión. Por el contrario, el DSM-IV limita la disociación a las funciones y los síntomas psíquicos. En consecuencia, en el DSM-IV se considera que los trastornos de conversión están comprendidos dentro de los trastornos somatomorfos, mientras que en la CIE-10 se considera que los trastornos disociativos y de conversión representan una categoría independiente de la de los trastornos somatomorfos.

Más allá de esta controversia «académica», se ha puesto en duda la utilidad clínica de las clasificaciones de la CIE-10 y del DSM-IV con respecto a los trastornos disociativos. Por ejemplo, en un estudio de gran envergadura realizado en EE.UU. en 11.292 pacientes atendidos en Psiquiatría general, en el 57 % de los que presentaban trastornos disociativos el trastorno fue clasificado como «atípico», debido a que sus síntomas no correspondían adecuadamente a ninguno de los tipos de trastorno disociativo mencio-

nados en el DSM (19). Asimismo, en un subgrupo de pacientes de Psiquiatría general con un grado de disociación clínicamente significativo, el 60 % presentó características que justificaron un diagnóstico «genérico» de «trastorno disociativo no especificado» (TDNE) (20). En países no occidentales, por ejemplo, la India y Uganda, han existido dificultades similares con esta clasificación (21, 22). En la India, el 90 % de los pacientes con trastornos disociativos tratados de modo ambulatorio es asignado a la subcategoría de TDNE (23). Por lo tanto, no es sorprendente que varios autores hayan propuesto categorías diagnósticas adicionales dentro de los trastornos disociativos (24). Por ejemplo, un grupo de psiquiatras de la India propuso el diagnóstico de «estupor disociativo breve», que es un término bastante similar al de «trastorno de trance disociativo», propuesto en EE.UU. (25, 26), que también abarcaría el importante síndrome transcultural de los estados de posesión (27).

En cualquier caso, estas faltas de congruencia entre los sistemas de la CIE-10, del DSM-IV y la realidad clínica no solamente ilustran la confusión que rodea al complejo concepto de disociación, sino que también pueden perpetuar esta confusión (28). Afortunadamente, tanto los clínicos como los investigadores han adquirido una concienciación cada vez mayor de la libertad semántica que posee el término de disociación, que posiblemente puede aceptar definiciones bastante amplias (18, 28). Se han efectuado muchos esfuerzos para ajustar y especificar los conceptos actuales, y todos ellos han coincidido en subclasificar la disociación en formas cualitativamente diferentes. Para el objetivo de este artículo, se revisarán y expondrán brevemente los abordajes más prometedores y convincentes: la distinción entre la disociación patológica y la disociación no patológica y la propuesta de diferenciar el «desapego» de la «compartimentalización» en el dominio de la disociación.

DISOCIACIÓN PATOLÓGICA

A finales del siglo XIX, Pierre Janet efectuó un análisis sistemático del concepto de disociación (29), al que consideró como un fenómeno discontinuo que sólo se observaba en personas que sufrían trastornos mentales, especialmente histeria, mientras que no se detectaba en personas sanas (30). Por el contrario, sus contemporáneos William James (31) y Morton Prince (32), así como otros investigadores posteriores (33, 34), conceptualizaron la disociación como un proceso dimensional que tiene lugar a lo largo de un espectro continuo que va desde la normalidad y las experiencias disociativas relativamente frecuentes (como los ensueños) hasta las formas graves y clínicamente significativas, como los trastornos disociativos.

Hasta hace poco tiempo, este denominado «*continuum* dissociativo» ha sido uno de los principios más prevalentes en el campo de la disociación (33, 34). Sin embargo, la controversia respecto a si la disociación representa un concepto dimensional o tipológico ha vuelto a resurgir (8). Un análisis taxonómico sofisticado de la Dissociative Experiences Scale (DES), que representa el instrumento de autovaloración de la disociación más utilizado (35, 36), dio lugar a una validación empírica de la distinción entre la disociación dimensional no patológica y la disociación discontinua patológica (37). Esta disociación patológica se puede identificar a través de un subgrupo de 8 ítems de la DES, el conjunto denominado «DES-Taxon» (DES-T). Estos ítems evalúan principalmente la despersonalización (p. ej., la sensación que tiene el paciente de que su cuerpo no le pertenece) y la desrealización (p. ej., la sensación que tiene el paciente de que el resto de las personas, los objetos y el mundo que lo rodea no son reales). Aunque las puntuaciones en el DES-T son numéricamente continuas, el factor subyacente es de tipo clase más que de tipo rasgo y representa una categoría taxonómica diferente, a la cual el paciente pertenece o no pertenece. La estructura biométrica de la disociación patológica ha sido confirmada en un estudio de gran envergadura realizado en la población general (78).

La prevalencia de la disociación patológica en la población general norteamericana ha sido estimada en el 2-3,3 % (38, 39). En estudios efectuados en Europa se ha observado una tasa de prevalencia del 0,3 % en un grupo de población no clínico y del 1,8-2,9 % en grupos de estudiantes (40, 41). En un grupo de pacientes psiquiátricos hospitalizados que fueron seleccionados al azar, la prevalencia de la disociación patológica osciló entre el 5,4 y el 12,7 % (40, 41). Hay varios grupos diagnósticos específicos que muestran frecuencias mayores: en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria la prevalencia de la disociación patológica ha oscilado entre el 4,8 y el 48,6 %, según el tipo de trastorno de la conducta alimentaria, de manera que esta prevalencia ha sido mayor en las pacientes con anorexia de tipo compulsivo-purgativo y menor en las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria de tipo compulsivo (41, 42). El 64 % de los pacientes con trastorno de despersonalización (TDP) ha presentado disociación patológica (43).

Aunque la relación existente entre la categoría taxonómica y los diagnósticos clínicos permanece todavía inmersa en un acalorado debate (40, 43, 44), se ha sugerido que los pacientes con disociación patológica cumplen criterios de los diagnósticos de trastorno dissociativo (37), TEPT o, en menor grado, esquizofrenia (38). Estos resultados han sido cuestionados por otros investigadores (8, 40, 43, 45), y ya se ha señalado que la disociación patológica es frecuente en los trastornos de la conducta alimentaria (42) y en los trastornos de la personalidad (41, 46). Además, Putnam y cols. (1996) señalaron que en todos los grupos diagnósticos hay pacientes con algo grado de disociación.

La relación entre las variables demográficas y la disociación patológica sigue sin ser concluyente. Aunque en algunos estudios se ha observado que la disociación patológica parece ser más frecuente en las personas jóvenes (38, 39, 41, 47), no se ha detectado este tipo de asociación en los pacientes con TDP (43). En la mayoría de los estudios no se han demostrado diferencias entre los sexos con respecto a la disociación patológica (38, 43, 47, 48); no obstante, en un estudio se observó la asociación entre las puntuaciones DES-T y el sexo masculino (39). En cuanto al estado civil, las personas con disociación patológica son, con mayor frecuencia, solteras (39, 41).

A pesar de que la mayor parte de los investigadores coincide en considerar el DES-T como una herramienta útil (42, 43), su valor clínico y científico podría estar limitado por problemas metodológicos. Inicialmente se recomendó la asignación de los pacientes a una clase taxonómica a través de un complejo procedimiento estadístico (38). Sin embargo, en otros estudios (39, 42) se utiliza-

ron valores liminares dimensionales (p. ej., 20 o 30), mientras que en otros (78) se desaconsejó el uso acrítico de puntuaciones liminares rígidas. Por lo tanto, es difícil comparar los resultados obtenidos en los distintos estudios y, en consecuencia, son necesarios nuevos estudios de investigación para establecer un método aceptable que permita definir empíricamente la disociación patológica. Otro aspecto metodológico es el relacionado con la estabilidad temporal, tanto de las puntuaciones DES-T dimensionales como de la pertenencia a una categoría DES-T, pues se ha demostrado que la estabilidad es baja a lo largo de un periodo de 2 meses (49); este hecho subraya las limitaciones de los diseños transversales en el estudio de la disociación patológica. Además, todavía está pendiente el problema de determinar si la disociación patológica es realmente un concepto tipológico (43). De un modo más general, incluso se ha puesto en duda su existencia (49). Son necesarios nuevos estudios de investigación para aclarar estas cuestiones.

DESAPEGO Y COMPARTIMENTALIZACIÓN

Dado que no existe un acuerdo unánime respecto a lo que «es» con precisión la disociación, se considera útil el trabajo de Cardena (18), que realiza una revisión general detallada y sistemática de los diferentes usos de este término. Cardena describió la disociación de tres maneras distintas: como una falta de integración de los módulos o sistemas mentales; como una alteración del estado de conciencia, y como un mecanismo de defensa. A pesar de que la tercera categoría refleja principalmente la función de las otras dos, las dos primeras difieren cualitativamente entre sí. La mayoría de las conceptualizaciones recientes coinciden en esta dicotomía, y se ha sugerido denominar a estos dos tipos de disociación como «compartimentalización» y «desapego» (28, 50).

La compartimentalización se caracteriza por un fracaso parcial o incluso completo en los procesos deliberados de control y en la realización de acciones que pueden estar influidas normalmente por un acto de la voluntad, por ejemplo, la incapacidad para traer a la conciencia información habitualmente accesible. Forma parte integral de esta categoría el hecho de que los procesos «compartimentalizados», la información y las funciones siguen «trabajando» normalmente (excepto por el hecho de que son inaccesibles al control volitivo); por lo tanto, siguen influyendo en las emociones, la cognición y el comportamiento. Desde el punto de vista clínico, las manifestaciones de la compartimentalización son la amnesia dissociativa y los síntomas de conversión e, incluso, posiblemente otras formas de la denominada «disociación somatomorfa» (51).

Por el contrario, el desapego se define por la experiencia subjetiva de un estado alterado de la conciencia caracterizado por la «alienación» de uno mismo o del mundo externo. Durante estos estados alterados se produce a menudo una ausencia o aplanamiento de las experiencias emocionales. Desde un punto de vista descriptivo, el desapego se hace evidente como desrealización y/o despersonalización, por ejemplo, a través de experiencias que tienen lugar fuera del propio cuerpo. Estos fenómenos han sido asociados a situaciones traumáticas y al TEPT, y el desapego presenta numerosas similitudes con los conceptos de disociación peritraumática (p. ej., experiencias dissociativas durante un episodio traumático) y de entumecimiento emocional (28). Se ha sugerido incluso que los recuerdos de carácter intrusivo y las escenas retrospectivas se pueden explicar a través del desapego de origen peritraumático: la alteración del estado de la conciencia característica del desapego puede interferir con la codificación y la consolidación de la información (traumática), lo que da lugar a representaciones escasamente integradas que son consideradas vitales para el desarrollo de los recuerdos de carácter intrusivo (52).

En los estudios de investigación clínicos, psicométricos y experimentales se han obtenido pruebas adicionales de la existencia de una distinción conceptual y fenomenológicamente convincente entre la compartimentalización y el desapego. Por ejemplo, en varios estudios se ha observado que los pacientes con trastornos caracterizados por compartimentalización (p. ej., trastornos de somatización) no suelen presentar los síntomas típicos del desapego, y viceversa (7, 43, 53, 54). Además, la mayor parte de los estudios en los que se ha realizado el análisis a través de la DES (35, 36) se han separado de manera constante los factores de despersonalización y desrealización (es decir, desapego) y la amnesia (que representa la disociación de tipo compartimentalización) (55). Finalmente, la investigación experimental indica que el desapego constituye un estado mental específico con un perfil neuropsicológico básico caracterizado por la inhibición de arriba a abajo de los sistemas emocionales límbicos y la activación de la corteza prefrontal derecha (56). Este tipo de estado facilita la función evolutiva de minimizar la ansiedad y de mantener el control comportamental en situaciones de amenaza extrema. No obstante, es evidente que un estado de este tipo puede llegar a ser intensamente disfuncional si aparece en ausencia de amenaza o se convierte en una situación crónica. Por el contrario, la compartimentalización no ha sido asociada a un perfil neurofisiológico específico.

En último lugar, aunque ciertamente no lo menos importante, la dicotomía previamente analizada es clínicamente significativa e incluso podría poseer implicaciones terapéuticas (28). Un ejemplo prototípico de la disociación de tipo desapego podría ser el TDP, mientras que el trastorno de conversión se contempla como un ejemplo típico de compartimentalización. El TEPT se considera un cuadro clínico que cursa con compartimentalización y desapego. En cuanto a los abordajes terapéuticos, se ha señalado que la compartimentalización se puede tratar con buenos resultados mediante la reactivación y la reintegración de los elementos compartimentalizados a través de hipnosis, sugestiones directas e indirectas (p. ej., la vuelta a la función normal en el trastorno de conversión) y procedimientos de reexperimentación diseñados para acceder a representaciones procedimentales sobre el funcionamiento premórbido (28, 57). Dado que el desapego es un estado específico de la conciencia, las estrategias terapéuticas se deben centrar en la identificación de los posibles factores desencadenantes, en la manera de evitar que esos factores desencadenantes induzcan el desapego y, finalmente, en la forma de interrumpir este proceso una vez iniciado. Las técnicas cognitivo-conductuales, como el entrenamiento de la atención o diversos elementos de la terapia conductual dialéctica (como el entrenamiento en habilidades), podrían ser útiles a los pacientes que sufren cuadros de desapego (58, 59). Deberían realizarse nuevos estudios de investigación para evaluar estos abordajes terapéuticos.

También es necesario subrayar algunos aspectos críticos. Se ha señalado que los pacientes con trastornos de somatización y de conversión, que son considerados las manifestaciones clínicas de la compartimentalización, generalmente no muestran síntomas de desapego (7, 54). Sin embargo, en numerosos estudios clínicos se ha demostrado la existencia de gran número de experiencias disociativas en pacientes con trastornos de conversión en general y, específicamente, en pacientes con convulsiones no epilépticas de origen psicógeno (seudoconvulsiones) (60-63). Desde un punto de vista clínico, podría ser incluso difícil establecer una línea bien definida de separación entre el desapego y la compartimentalización. Por ejemplo, la experiencia de un paciente que percibe lo que lo rodea como si lo contemplara a través de un túnel se podría interpretar como desrealización y como conversión, con una transición continua entre ambas (64). Otra cuestión clave es la relacionada con la amnesia disociativa, que se considera una representación de la com-

partimentalización, pues implica un fracaso de la volición en el mantenimiento de recuerdos específicos en el nivel consciente (es decir, un déficit de recuperación). No obstante, en algunos casos el desapego es un estado alterado de la conciencia que podría interferir con la codificación y el mantenimiento de la información, especialmente en los pacientes que han sufrido un episodio traumático (28). Por lo tanto, la amnesia disociativa podría ser debida a la compartimentalización (es decir, a un déficit de recuperación) o al desapego (es decir, a una alteración de la codificación y del mantenimiento de la información), o incluso a ambos factores. De nuevo, es obvio que no siempre es fácil diferenciar los tipos propuestos de disociación.

CONCLUSIONES

A pesar de su importancia clínica, la disociación es un término amplio, que ha dado lugar a confusiones conceptuales que, a su vez, podrían limitar su valor. Afortunadamente, se han llevado a cabo recientemente iniciativas para ajustar la conceptualización de este término. Estos abordajes coinciden en subdividir la disociación en tipos cualitativamente diferentes: disociación patológica frente a disociación no patológica, y desapego frente a compartimentalización. No obstante, todavía no se ha demostrado el valor clínico y científico de estos prometedores refinamientos de la teoría de la disociación.

Los estudios que se realicen en el futuro deben centrarse en las cuestiones siguientes: *a)* una elaboración más ajustada de la conceptualización teórica; *b)* una validación empírica de los conceptos emergentes; *c)* una aplicación de los conceptos a los problemas clínicos, especialmente a los aspectos de clasificación, diagnóstico diferencial, mecanismos patógenos y relevancia terapéutica, posiblemente a través de una perspectiva transcultural; *d)* una evaluación de la utilidad de los conceptos en otros dominios en los que está implicada la disociación, por ejemplo, el TEA, el TEPT y el trastorno límite de la personalidad.

Teniendo en cuenta el desarrollo histórico específico de la teoría de la disociación –con un primer período de interés máximo durante los dos últimos decenios del siglo XIX, seguido por una desaparición de dicho interés a comienzos del siglo XX y por su reaparición en la década de 1970 (34)–, creemos que los avances más recientes en este campo ayudarán a confirmar la importancia que posee la disociación en Psiquiatría, psicoterapia y medicina psicosomática.

World Psychiatry 2006; 4: 82-86

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
2. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1991.
3. Spiegel D (ed). Dissociative disorders: a clinical review. Lutherville: Sidran, 1993.
4. Bremner JD, Marmar CR (eds). Trauma, memory, and dissociation. Washington: American Psychiatric Press, 1998.
5. Simeon D, Nelson D, Elias R et al. Relationship of personality to dissociation and childhood trauma in borderline personality disorder. *CNS Spectr* 2003;8:755-62.
6. Spitzer C, Effler K, Freyberger HJ. Posttraumatic stress disorder, dissociation and self-destructive behavior in borderline patients. *Z Psychosom Med Psychother* 2000;46:273-85.
7. Brown RJ, Schrag A, Trimble MR. Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162:899-905.

8. Putnam FW, Carlson EB, Ross CA et al. Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:673-9.
9. Spitzer C, Haug HJ, Freyberger HJ. Dissociative symptoms in schizophrenic patients with positive and negative symptoms. *Psycho-pathology* 1997;30:67-75.
10. Grabe HJ, Goldschmidt F, Lehmkuhl L et al. Dissociative symptoms in obsessive-compulsive dimensions. *Psychopathology* 1999;32:319-24.
11. Grabe HJ, Rainermann S, Spitzer C et al. The relationship between dimensions of alexithymia and dissociation. *Psychother Psychosom* 2000;69:128-31.
12. Grabe HJ, Spitzer C, Freyberger HJ. Relationship of dissociation to temperament and character in men and women. *Am J Psychiatry* 1999;156:1811-3.
13. Vogel M, Spitzer C, Barnow S et al. Dissociative experiences and psychopathological distress in schizophrenics with and without PTSD. *Psychopathology* (in press).
14. Gershuny BS, Thayer JF. Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: a review and integration. *Clin Psychol Rev* 1999;19:631-57.
15. Steiner H, Carrion V, Plattner B et al. Dissociative symptoms in posttraumatic stress disorder: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2003;12:231-49.
16. Michelson L, June K, Vives A et al. The role of trauma and dissociation in cognitive-behavioral psychotherapy outcome and maintenance for panic disorder with agoraphobia. *Behav Res Ther* 1998;36:1011-50.
17. Rufer M, Held D, Cremer J et al. Dissociation as a predictor of cognitive behavior therapy outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychother Psychosom* 2006;75:40-6.
18. Cardena E. The domain of dissociation. In: Lynn SJ, Rhue RW (eds). *Dissociation: theoretical, clinical, and research perspectives*. New York: Guilford, 1994:15-31.
19. Mezzich JE, Fabrega H, Jr., Coffman GA et al. DSM-III disorders in a large sample of psychiatric patients: frequency and specificity of diagnoses. *Am J Psychiatry* 1989;146:212-9.
20. Saxe GN, van der Kolk BA, Berkowitz R et al. Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1993;150:1037-42.
21. Das PS, Saxena S. Classification of dissociative states in DSM-III-R and ICD-10 (1989 draft). A study of Indian out-patients. *Br J Psychiatry* 1991;159:425-7.
22. Van Duijl M, Cardena E, De Jong JT. The validity of DSM-IV dissociative disorders categories in south-west Uganda. *Transcult Psychiatry* 2005;42:219-41.
23. Saxena S, Prasad KV. DSM-III subclassification of dissociative disorders applied to psychiatric outpatients in India. *Am J Psychiatry* 1989;146:261-2.
24. Kihlstrom JF. One hundred years of hysteria. In: Lynn SJ, Rhue RW (eds). *Dissociation: theoretical, clinical, and research perspectives*. New York: Guilford, 1994:365-94.
25. Alexander PJ, Joseph S, Das A. Limited utility of ICD-10 and DSM-IV classification of dissociative and conversion disorders in India. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:177-82.
26. Spiegel D, Cardena E. Diagnostic issues of dissociative disorders. In: Michelson LK, Ray WJ (eds). *Handbook of dissociation*. New York: Plenum, 1996:227-50.
27. Gaw AC, Ding Q, Levine RE et al. The clinical characteristics of possession disorder among 20 Chinese patients in the Hebei province of China. *Psychiatr Serv* 1998;49:360-5.
28. Holmes EA, Brown RJ, Mansell W et al. Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clin Psychol Rev* 2005;25:1-23.
29. Janet P. *L'automatisme psychologique*. Paris: Nouvelle Édition, 1889.
30. Putnam FW. Pierre Janet and modern views of dissociation. *J Trauma Stress* 1989;4:413-29.
31. James W. *The principles of psychology*. Cambridge: Harvard University Press, 1890/1983.
32. Prince M. *The dissociation of a personality*. New York: Oxford University Press, 1905/1978.
33. Putnam FW. Dissociative phenomena. In: Spiegel D (ed). *Dissociative disorders. A clinical review*. Lutherville: Sidran, 1993:1-16.
34. Ross CA. History, phenomenology, and epidemiology of dissociative disorders. In: Michelson LK, Ray WJ (eds). *Handbook of dissociation*. New York: Plenum, 1996:3-24.
35. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 1986;174:727-35.
36. Carlson EB, Putnam FW. An update on the Dissociative Experience Scale. *Dissociation* 1993;6:16-27.
37. Waller NG, Putnam FW, Carlson EB. Types of dissociation and dissociative types. A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychol Methods* 1996;1:300-21.
38. Waller NG, Ross CA. The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: taxometric and behavior genetic findings. *J Abnorm Psychol* 1997;106:499-510.
39. Seedat S, Stein MB, Forde DR. Prevalence of dissociative experiences in a community sample: relationship to gender, ethnicity, and substance use. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:115-20.
40. Modestin J, Erni T. Testing the dissociative taxon. *Psychiatry Res* 2004;126:77-82.
41. Spitzer C, Barnow S, Grabe HJ et al. Frequency, clinical and demographic correlates of pathological dissociation in Europe. *Journal of Trauma and Dissociation* 2006;7:51-62.
42. Waller G, Ohanian V, Meyer C et al. The utility of dimensional and categorical approaches to understanding dissociation in the eating disorders. *Br J Clin Psychol* 2001;40:387-97.
43. Simeon D, Knutelska M, Nelson D et al. Examination of the pathological dissociation taxon in depersonalization disorder. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:738-44.
44. Ross CA, Duffy CMM, Ellason JW. Prevalence, reliability and validity of dissociative disorders in an inpatient setting. *Journal of Trauma and Dissociation* 2002;3:7-17.
45. Welburn KR, Fraser GA, Jordan SA et al. Discriminating dissociative identity disorder from schizophrenia and feigned dissociation on psychological test and structured interviews. *Journal of Trauma and Dissociation* 2003;4:109-30.
46. Goodman M, Weiss DS, Mitropoulou V et al. The relationship between pathological dissociation, self-injury and childhood trauma in patients with personality disorders using taxometric analysis. *Journal of Trauma and Dissociation* 2003;4:65-88.
47. Irwin HJ. Pathological and nonpathological dissociation: the relevance of childhood trauma. *J Psychol* 1999;133:157-64.
48. Spitzer C, Klauer T, Grabe HJ et al. Gender differences in dissociation. A dimensional approach. *Psychopathology* 2003;36:65-70.
49. Watson D. Investigating the construct validity of the dissociative taxon: stability analyses of normal and pathological dissociation. *J Abnorm Psychol* 2003;112:298-305.
50. Allen JG. *Traumatic relationships and serious mental disorders*. New York: Wiley, 2001.
51. Nijenhuis ERS. *Somatoform dissociation*. Assen: Van Gorcum, 1999.
52. Brewin CR, Holmes EA. Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev* 2003;23:339-76.
53. Baker D, Hunter E, Lawrence E et al. Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. *Br J Psychiatry* 2003;182:428-33.
54. Brown RJ. Dissociation and conversion in psychogenic illness. In: Hallet M, Cloninger CR, Fahn S et al (eds). *Psychogenic movement disorders: psychobiology and treatment of a functional disorder*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005:131-43.
55. Stockdale GD, Gridley BE, Balogh DW et al. Confirmatory factor analysis of single- and multiple-factor competing models of the dissociative experiences scale in a nonclinical sample. *Assessment* 2002;9:94-106.
56. Sierra M, Berrios GE. Depersonalization: neurobiological perspectives. *Biol Psychiatry* 1998;44:898-908.
57. Oakley DA. Hypnosis and suggestion in the treatment of hysteria. In: Halligan PW, Bass C, Marshall JC (eds). *Contemporary approaches to the study of hysteria: clinical and theoretical perspectives*. Oxford: Oxford University Press, 2001:312-29.
58. Hunter EC, Baker D, Phillips ML et al. Cognitive-behaviour therapy for depersonalisation disorder: an open study. *Behav Res Ther* 2005;43:1121-30.
59. Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford, 1993.
60. Harden CL. Pseudoseizures and dissociative disorders: a com-

- mon mechanism involving traumatic experiences. *Seizure* 1997;6:151-5.
61. Prueter C, Schultz-Venrath U, Rimpau W. Dissociative and associated psychopathological symptoms in patients with epilepsy, pseudoseizures, and both seizure forms. *Epilepsia* 2002;43:188-92.
62. Spitzer C, Spelsberg B, Grabe HJ et al. Dissociative experiences and psychopathology in conversion disorders. *J Psychosom Res* 1999;46:291-4.
63. Sar V, Akyuz G, Kundakci T et al. Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry* 2004;161:2271-6.
64. Spitzer C, Wrede KH, Freyberger HJ. The "AMDP scale for dissociation and conversion (AMDP-DK)": development of an observer-rated scale and first psychometric properties. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2004;72:404-10.

Psiquiatría forense: alcance actual, desafíos y controversias

JULIO ARBOLEDA-FLÓREZ

Queen's University, Kingston, Ontario, K7L 4X3, Canada

La Psiquiatría forense es la rama de la Psiquiatría que aborda los problemas originados en la relación entre la Psiquiatría y el sistema legal, así como en el circuito que efectúan los delincuentes que sufren enfermedades mentales a través de un amplio espectro de sistemas sociales. La Psiquiatría forense moderna ha ampliado su alcance a partir de cuatro hechos o momentos fundamentales: la evolución en el conocimiento y la comprensión de la relación existente entre la enfermedad mental y la criminalidad; la evolución de las pruebas legales para definir la insania desde un punto de vista legal; los nuevos métodos para el tratamiento de las enfermedades mentales, que representan alternativas al tratamiento en reclusión, y los cambios que han tenido lugar en la sociedad en cuanto a las actitudes y las percepciones acerca de la enfermedad mental. En este artículo se analizan el ámbito actual de la Psiquiatría forense y los dilemas éticos a los que se enfrenta esta subespecialidad en todo el mundo.

Palabras clave: Psiquiatría forense, legislación de salud mental, servicios de salud mental, controversias éticas

Los psiquiatras forenses han pasado de constituir un oscuro y pequeño grupo de psiquiatras dedicados al estudio de las enfermedades mentales y de su tratamiento en las personas encarceladas —grupo que aparecía ocasionalmente en los tribunales de justicia—, a formar en la actualidad un grupo bien establecido y reconocido de superespecialistas cuya influencia está transformando la práctica de la Psiquiatría y que, además, realiza incursiones profundas en las distintas áreas de la legislación. Esta posición no se ha alcanzado sin que se hayan suscitado dudas acerca de la identidad básica de la Psiquiatría forense y preocupaciones respecto a su utilidad y sus fundamentos éticos.

La Psiquiatría forense moderna ha ampliado su alcance a partir de cuatro hechos o momentos clave: la evolución del pensamiento medicolegal y la comprensión de la relación existente entre enfermedad mental y criminalidad; la evolución de las pruebas utilizadas para definir la insania desde un punto de vista legal; los nuevos métodos para el tratamiento de las enfermedades mentales, que constituyen alternativas al tratamiento en reclusión, y las modificaciones en las actitudes y percepciones que han tenido lugar en la sociedad respecto a la enfermedad mental. Estos cuatro aspectos constituyen el fundamento de la reciente expansión que ha tenido lugar en la Psiquiatría forense, que ha pasado de ser una especialidad dedicada por completo a cuestiones de derecho penal y al tratamiento de los delincuentes que sufren enfermedades mentales, a una subespecialidad que abarca muchos otros campos, tanto en el contexto legislativo como en la política de salud mental.

ALCANCE Y DESAFÍOS

La subespecialidad de la Psiquiatría forense se define a menudo como «la rama de la Psiquiatría que aborda los problemas que se originan en la relación entre la Psi-

quiatria y el ámbito legal» (1). Sin embargo, esta definición es restrictiva, pues una buena parte del trabajo que se realiza en Psiquiatría forense consiste en ayudar a los enfermos mentales que tienen problemas con la ley a establecer contacto con tres sistemas sociales hostiles para estas personas: el sistema de salud mental, el sistema judicial y el sistema correccional. Por lo tanto, la definición previamente señalada se debe modificar para decir que la Psiquiatría forense es «la rama de la Psiquiatría que aborda los problemas originados en la relación existente entre la Psiquiatría y el sistema legal, así como los problemas originados en el flujo de los enfermos mentales delincuentes a lo largo de un espectro de sistemas sociales». La Psiquiatría forense aborda las cuestiones planteadas fundamentalmente en el ámbito del derecho penal, pero también problemas derivados de evaluaciones realizadas en el ámbito del derecho civil y cuestiones relacionadas con el desarrollo y la aplicación de la legislación sobre salud mental.

Derecho penal

En todo el mundo, los avances en el conocimiento de la relación existente entre los estados mentales y el delito han dado lugar a un incremento en la participación de los expertos forenses en los tribunales de los diferentes ámbitos del sistema judicial.

Cuando una persona que ha cometido un delito establece contacto con el sistema legal, el psiquiatra forense aborda primordialmente tres cuestiones: la idoneidad de la persona para ser procesada, la normativa legal relativa a la insania y la determinación de peligrosidad. Con respecto a la idoneidad para ser procesado, en las normas legales más avanzadas se contempla el hecho de que los acusados que no son considerados idóneos para ser procesados deben ser enviados a instituciones psiquiátricas, con la expectativa de que sea posible

un restablecimiento de su competencia. El problema que se le plantea al clínico gira en torno a los parámetros que debe utilizar para determinar la posibilidad de restablecimiento de la competencia, lo que debería estar fundamentado en una respuesta adecuada frente al tratamiento (2). La normativa legal relativa a la insania hace referencia a las pruebas legales utilizadas para decidir si el impacto causado por una enfermedad mental sobre la competencia para comprender o apreciar la naturaleza de un delito se puede utilizar para declarar a un delincuente «penalmente no responsable debido al padecimiento de una enfermedad mental», «no culpable debido a insania» o cualquier otro tipo de frase de este estilo utilizadas en los tribunales de los distintos países. Las diligencias para declarar a una persona como «delincuente peligroso» exigen generalmente un alto grado de experiencia por parte de los expertos forenses, de los que se espera que aporten a los tribunales información técnica y científica relativa a la evaluación del riesgo y a la predicción de futuros episodios de violencia.

Una vez que un delincuente ha sido juzgado, una de las tareas principales del psiquiatra forense es la de evaluar las relaciones entre los distintos tipos de instituciones de acogida y de tratamiento. Los hospitales para los delincuentes insanos, los hospitales psiquiátricos para pacientes con delitos en el ámbito civil, los hospitales penitenciarios para presos con enfermedad mental y los pabellones hospitalarios existentes en los establecimientos penitenciarios locales forman parte del sistema de salud mental, y es necesario reconocer su interdependencia para conseguir una integración de todos los sistemas y un presupuesto común a todos ellos (3). También es importante considerar el tipo de tratamiento que reciben en los establecimientos penitenciarios los pacientes que sufren enfermedades mentales. La tabla 1 muestra algunas de las alternativas existentes en la actualidad.

Finalmente, al finalizar el sistema correccional legal los psiquiatras forenses deben ofrecer un testimonio experto sobre cuestiones como la idoneidad para la libertad condicional, la predicción de la recidiva del delito, la normativa legal aplicable a los delincuentes que salen en libertad, y el fenómeno de la «puerta giratoria», que se refiere a la circulación de los enfermos mentales entre las instituciones de salud mental y los establecimientos penitenciarios.

Derecho civil

Los psiquiatras y otros especialistas en salud mental son solicitados con frecuencia para la realización de valoraciones con vistas a determinar la posible presencia de problemas mentales o emocionales en una de las partes en litigio. Este tipo de valoraciones es necesario en múltiples situaciones que van desde las evaluaciones para especificar el impacto de las lesiones sufridas por una tercera parte implicada en un accidente de tráfico hasta las evaluaciones de la capacidad para redactar el testamento o para firmar contratos, la realización de autopsias psicológicas para determinar la capacidad testamentaria en pacientes que han cometido suicidio o que han sufrido muerte súbita, las evaluaciones de la idoneidad para desempeñar un puesto de trabajo, y —últimamente en muchos países— las evaluaciones para determinar el acceso a los beneficios contemplados en las pólizas de seguro por incapacidad. En la mayor parte de estas situaciones el problema es determinar el grado de capacidad y competencia para la realización de alguna función, o bien la evaluación de las decisiones tomadas de manera autónoma por perso-

nas que sufren enfermedades. Una determinación de incapacidad que concluye con el diagnóstico de incompetencia se convierte en un instrumento de control social que puede ser utilizado para legitimizar la aplicación de una serie de limitaciones sociales sobre un individuo concreto. Este hecho impone al clínico el problema ético de asegurarse de que sus decisiones estén fundamentadas de manera cuidadosa en la mejor evidencia clínica existente en ese momento.

Generalmente se presupone la capacidad y, por lo tanto, el hecho de que una persona concreta es competente. Se supone que una persona es competente para tomar decisiones, a menos que se demuestre lo contrario (4). La existencia de una enfermedad mental o física grave no es causa por sí misma de incapacidad en términos generales ni tampoco de incapacidad respecto a funciones específicas. Además, pese a la presencia de una enfermedad que puede afectar su capacidad, la persona todavía puede ser competente para realizar algunas funciones, debido principalmente a que la capacidad puede fluctuar de un momento a otro, y debido a que el concepto de competencia no debe pensarse en términos de todo o nada, sino que está relacionado con la específica decisión o función que se debe llevar a cabo. Además, el establecimiento de un diagnóstico de incapacidad debe tener una limitación temporal o caducidad, es decir, se debe revisar periódicamente. Por ejemplo, un accidente cerebrovascular puede causar la incapacidad de una persona para conducir un vehículo de motor y, por lo tanto, se puede considerar que esta persona no es competente para conducir; sin embargo, todavía puede tener la capacidad y la competencia necesarias para firmar contratos o contro-

lar su dinero. Con el tiempo y con la rehabilitación apropiada, esta persona puede llegar a recuperar la capacidad y la competencia necesarias para volver a conducir. Habitualmente, la persona debe otorgar su consentimiento para que se pueda realizar una evaluación de incapacidad; en caso contrario debe existir una orden judicial para obligar a la persona a colaborar con la evaluación o a ofrecer la información que se le solicita. Es aconsejable utilizar una prueba de detección de la capacidad y realizar una evaluación completa únicamente en los casos en que la persona presenta problemas en la prueba de detección. Así, se evita a las personas que pasan fácilmente la prueba de detección el hecho de tener que soportar la prueba completa de determinación de la capacidad.

Legislación y sistemas de salud mental

El fenómeno de la «puerta giratoria», que se refiere a la circulación de los enfermos mentales entre las instituciones de salud mental y los establecimientos penitenciarios, ha hecho que los psiquiatras forenses sean profundamente conscientes de las interacciones en el sistema de salud mental y de los vínculos existentes entre este sistema y los sistemas judicial y correccional. En virtud de su implicación en las cuestiones legales, los psiquiatras forenses han desarrollado un gran interés por la creación y la aplicación de la legislación relativa a la salud mental, especialmente en lo referente a los siguientes aspectos: el confinamiento involuntario —que en muchos países está fundamentado en la determinación de la peligrosidad—; el tratamiento de los delincuentes que sufren enfermedades mentales, y la protección legal de las personas no competentes (5). Dado que un área importante de su competencia es la valoración de la violencia y de la posibilidad de un comportamiento violento en el futuro, los psiquiatras forenses son solicitados con frecuencia para la toma de decisiones respecto al riesgo que representan los pacientes violentos sometidos a procesos de tipo civil.

Hay una estrecha interacción entre legislación, desarrollo de sistemas de salud mental adecuados y asistencia sanitaria, tanto en las instituciones como en la comunidad. En muchos países existe la sensación de que el sistema de salud mental va a la deriva, debido a la confluencia de una serie de factores interrelacionados: una legislación de salud mental que establece confinamientos muy rigurosos, incluso para las penas de corta duración; la desinstitutionalización debida al cierre de los antiguos hospitales psiquiátricos; las modificaciones en los sistemas asistenciales

Tabla 1. Modelos de prestación de asistencia psiquiátrica para los delincuentes que sufren enfermedades mentales

Tratamiento ambulatorio en el establecimiento penitenciario

Los pacientes psiquiátricos permanecen junto con sus compañeros de prisión en celdas convencionales y son atendidos en el consultorio psiquiátrico de la enfermería de la cárcel

Alojamiento en pabellones especiales del establecimiento penitenciario

Los pacientes psiquiátricos son trasladados a un pabellón especial durante los episodios de su enfermedad mental o durante todo su período carcelario

Hospitales de seguridad especializados (hospitales penitenciarios)

Los pacientes psiquiátricos, o sólo los que cometen determinado tipo de delitos, como los delincuentes sexuales, son trasladados a estos hospitales, generalmente durante todo su período de encarcelamiento

Establecimiento de convenios contractuales con instalaciones psiquiátricas externas al establecimiento penitenciario

Los pacientes psiquiátricos son transferidos a estos hospitales o unidades psiquiátricas durante los episodios de su enfermedad

Castigos comunitarios forenses

Se realizan los esfuerzos necesarios para que los pacientes psiquiátricos no ingresen en el sistema penitenciario o bien, si han salido de la cárcel, para que no vuelvan a ella

que han dado lugar a la tendencia a efectuar hospitalizaciones breves en unidades psiquiátricas generales y realizar el tratamiento posterior de los pacientes en la comunidad, y el elevado número de pacientes con enfermedad mental que termina en los establecimientos penitenciarios. El crecimiento de la Psiquiatría forense puede deberse a las modificaciones que se han efectuado en la legislación y a una mayor aceptación de las explicaciones psiquiátricas del comportamiento, aunque una razón más inmediata es el elevado número de pacientes que sufren enfermedades mentales y que atiborran las instalaciones forenses, las cárceles y otros establecimientos penitenciarios. Por lo tanto, los fallos del sistema general de salud mental están en la base de la importancia cada vez mayor de la Psiquiatría forense (6).

Una de las razones que se han esgrimido con mayor frecuencia para explicar el elevado número de pacientes mentales que acaban en el sistema judicial/correccional es la política de desinstitucionalización que han aplicado los distintos gobiernos a lo largo de los 50 últimos años. En general, el término desinstitucionalización se refiere a las decisiones legislativas que dieron lugar al cierre de grandes hospitales psiquiátricos, manteniendo únicamente las hospitalizaciones breves en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales y reacomodando a los pacientes en el ámbito comunitario, a través de distintas opciones de tratamiento ambulatorio, medidas de rehabilitación psicosocial, hogares de acogida alternativos y otros servicios comunitarios. Sin embargo, en ocasiones estas decisiones no han respondido a ninguna forma de planificación ni evaluación de las necesidades de los pacientes que debían ser reacomodados o desinstitucionalizados. Tampoco ha existido una idea clara acerca de la naturaleza de los servicios necesarios ni de las características de los contextos comunitarios en los que se han tenido que re-colocar los pacientes. Por lo tanto, las decisiones se han tomado a este respecto con frecuencia en función de creencias retóricas y políticas, más que sobre la base de razonamientos científicos apropiados.

La idea y las normativas políticas de desinstitucionalización han sido tanto alabadas como vilipendiadas. Para algunos, la desinstitucionalización constituye un conjunto de normativas políticas de carácter progresista y humanitario que obliga a abordar las necesidades de los enfermos mentales en el ámbito comunitario, como una de las problemáticas centrales. Desde este punto de vista, la desinstitucionalización ha sido muy eficaz. A la desinstitucionalización se le puede atribuir, también, el incremento de la implicación de los pacientes en su propia asistencia y rehabilitación, así como el planteamiento de distintas te-

máticas que han cuestionado el nihilismo terapéutico de épocas anteriores; además, ha incrementado la visibilidad de los pacientes mentales en la comunidad, los hospitales generales y los centros universitarios; ha facilitado un mayor conocimiento del proceso patológico, anteriormente distorsionado por los efectos negativos de la institucionalización prolongada; ha potenciado significativamente la investigación y el aprendizaje, y también ha incrementado la concienciación acerca de los derechos humanos y civiles de los pacientes que sufren enfermedades mentales.

Por otra parte, a la desinstitucionalización también se le pueden atribuir numerosos efectos negativos. Desde un punto de vista legal, junto con el activismo legal, a la desinstitucionalización se la ha acusado de dar un gran impulso a los litigios y a una legalización y regulación excesivas de la práctica psiquiátrica (7). Desde un punto de vista social se han producido diversos efectos negativos que han influido directamente sobre el desarrollo de los enfermos mentales en el contexto comunitario. Entre ellos, los informes relativos a los «pacientes de puerta giratoria» (los pacientes que necesitan hospitalizaciones repetidas y frecuentes) (8) y el incremento del número de personas sin vivienda, pues al menos el 30 % de estas personas sufre una enfermedad mental crónica (9). Incluso en los casos en que los pacientes poseen un hogar, éste es una vivienda precaria en zonas marginales, barrios ocultos o guetos psiquiátricos de los grandes centros urbanos, por donde los pacientes mentales, desposeídos y confusos, caminan sin rumbo hablando solos, y en los que son víctimas fáciles de robos, violaciones, situaciones de abuso y violencia física. Algunos de ellos simplemente fallecen debido a que quedan tirados en la calle en noches heladas de invierno (10). A la desinstitucionalización también se la ha acusado de un incremento de la criminalidad (11) y de la transmigración de los pacientes mentales desde el sistema de salud mental hasta el sistema judicial/correccional, así como del comportamiento violento que presentan algunos pacientes mentales en el contexto comunitario.

Sin embargo, las críticas más importantes a la desinstitucionalización ya no se dirigen hacia la idea de reacomodar a los pacientes en sus ámbitos comunitarios, sino a la forma en la que esta idea se ha puesto en práctica. Con independencia de que la causa haya sido la limitación presupuestaria o la estrechez de miras de las distintas administraciones, el hecho es que, pese a las previsiones generalmente efectuadas en los proyectos políticos originales, en muchos contextos comunitarios el vaciamiento de los hospitales psiquiátricos ha sido más rápido que el desarrollo de las alternativas y los recursos comunitarios ade-

cuados para el abordaje de esa población desinstitucionalizada.

Estos lamentables efectos colaterales de la desinstitucionalización deberían ser contrapesados con el hecho de que existen alternativas al tratamiento en reclusión: mejores medicamentos, con mayores índices de eficacia y efectividad, cada vez más asequibles, y estrategias terapéuticas psicosociales que proporcionan nuevos métodos para el tratamiento de los enfermos mentales en la comunidad (12). Al respecto, el desarrollo de tribunales especiales para enfermos mentales en algunos países, así como el diseño de alternativas al encarcelamiento y de activas modalidades de tratamiento comunitario, con un seguimiento estrecho de cada caso, junto al uso de las órdenes de tratamiento comunitario (13) y la aplicación de normativas políticas mejores respecto a la vivienda, son aspectos que indican la existencia de un movimiento social dirigido hacia la resolución de las injusticias provocadas por la desinstitucionalización, con el objetivo de estabilizar la estancia comunitaria de las personas que sufren enfermedades mentales. Al mismo tiempo, las evaluaciones de los programas antiestigma parecen indicar que algunas de estas iniciativas están siendo útiles para modificar las actitudes sociales hacia la enfermedad mental (14) y para incrementar el grado de concienciación acerca de los derechos humanos en el tratamiento y el abordaje terapéutico de los enfermos mentales en muchos países (15, 16).

CONTROVERSIAS ÉTICAS

Dada su doble función, en el sistema de salud y en el sistema legal, la práctica de la Psiquiatría forense acarrea numerosas dilemas éticos en todo el mundo. El psiquiatra forense es ante todo un clínico con conocimientos teóricos y prácticos de Psiquiatría general y de Psiquiatría forense, y con experiencia en los procesos racionales de toma de decisiones fundamentadas en bases científicas claramente establecidas. En el contexto legal, el psiquiatra forense debe conocer las definiciones legales, las normativas y los procedimientos que marca la ley, y los antecedentes legales del problema o el caso que atiende (17). Además, el psiquiatra forense debe conocer la actividad que se lleva a cabo en los tribunales de justicia y debe tener capacidad para comunicar claramente sus hallazgos incluso en las difíciles situaciones que se plantean en los interrogatorios. Este doble conocimiento de la Psiquiatría y del sistema legal define la subespecialidad de la Psiquiatría forense y proporciona los fundamentos éticos para los profesionales que la ejercen. Además, este doble conocimiento debe quedar reflejado desde el principio en la forma en la que el psiquiatra forense

acepta participar en una evaluación, en la forma en que se aproxima a la persona que será evaluada y en las precauciones que debe adoptar en todo momento. En esta fase, lo más importante para el psiquiatra forense es comprobar fehacientemente que la persona que será evaluada no esté confundida y crea que, debido a que el psiquiatra es un médico, se establecerá una relación médico-paciente. En este tipo de relación se espera que el médico haga todo lo posible por el bien del paciente y actúe siempre para conseguir el mayor beneficio para el paciente, garantizando al mismo tiempo al paciente la privacidad y la confidencialidad. En la Psiquiatría forense, en cambio, la relación que se plantea es la de evaluación, en la que la neutralidad exigida al evaluador y el hecho de que el evaluador no pueda garantizar la privacidad y la confidencialidad (18) implican que los hallazgos negativos pueden ir en perjuicio de los intereses de la persona evaluada y causarle daño, con independencia del estado de salud del paciente y del hecho de que el evaluador sea un médico. Debido a ello, los psiquiatras forenses se pueden ver involucrados, incluso, en la criminalización de personas que sufren enfermedades mentales (19).

Para algunos autores, la función de control social que desempeñan los psiquiatras forenses los mantiene apartados de la ética de la medicina y de la Psiquiatría (20, 21). Se ha cuestionado, incluso, que los psiquiatras forenses actúen realmente como médicos cuando realizan su trabajo legal, un punto de vista que ha generado controversias. Desde que comienza el caso hasta que se expone en los tribunales, el psiquiatra forense obtiene su autoridad del hecho de que es, ante todo, un médico; por lo tanto, está obligado por la ética de la medicina, aunque el resultado final de la evaluación forense quede generalmente en manos de terceras partes. Esta situación impone al psiquiatra forense la obligación ética de examinar detalladamente sus motivos y también las motivaciones y, posiblemente, las acciones finales de los estamentos que le solicitaron la realización de la evaluación, incluyendo la forma de obtención de los datos, el método a través del cual arriba a sus conclusiones, la forma de redactar informes y pericias, y —lo más importante— el destino final de sus hallazgos.

Debido a la doble función exigida a los psiquiatras forenses y a otros psiquiatras, como los que ejercen en el ámbito militar, se ha generado una polémica relacionada con el uso de hospitales judiciales psiquiátricos en la Unión Soviética y —más recientemente— en China, y con la participación de los psiquiatras en el interrogatorio de prisioneros y detenidos que podrían alegar haber sido sometidos a tortura, especialmente debido al clima actual de preocupación por las actividades terroris-

tas (22). Entre las cuestiones en debate puede mencionarse la entrega a los interrogadores de material psiquiátrico confidencial que podría ser utilizado para poner en evidencia los aspectos de debilidad y vulnerabilidad del prisionero (23), el suministro de información respecto a las técnicas de interrogatorio, o la participación activa en técnicas de engaño en el marco de tareas de inteligencia (24). Es en este contexto que las motivaciones últimas de los estamentos que solicitan las evaluaciones no se pueden confundir con las de los psiquiatras forenses o los médicos en general. La participación en cualquier actividad que pudiera ser causa de tortura constituye una violación grave de la ética de la medicina. Además, el psiquiatra forense debe recordar en todo momento que no puede violar las normas éticas de la medicina, con independencia de las exigencias del estamento que solicita sus servicios (25).

CONCLUSIONES

En este artículo se han identificado cuatro momentos en el desarrollo del pensamiento psiquiátrico forense. Los dos primeros (la evolución en el conocimiento y la comprensión de la relación existente entre la enfermedad mental y la criminalidad, y los cambios consecuentes en las diferentes pruebas utilizadas para demostrar la existencia de insania desde el punto de vista legal) ponen de manifiesto el ámbito cada vez más amplio de la Psiquiatría forense en casi todas las áreas del derecho penal y en un elevado número de cuestiones del derecho civil. Los dos últimos aspectos (los nuevos métodos para el tratamiento de las enfermedades mentales, que representan alternativas al tratamiento en reclusión, y las modificaciones en las actitudes y las percepciones relativas a la enfermedad mental por parte de la sociedad) están relacionados con las actividades de la Psiquiatría forense al margen de los tribunales de justicia. Estas actividades son muy diversas: desarrollar e implementar la legislación relativa a la salud mental, buscar formas en las que el conocimiento de los sistemas legales pueda ayudar a los delincuentes que sufren enfermedades mentales a circular a través de tres sistemas sociales hostiles, involucrarse en la protección de los derechos humanos de los delincuentes que padecen enfermedades mentales y de los enfermos mentales en general, etc.

Desde el punto de vista de la ética profesional, la ampliación del ámbito de acción de la Psiquiatría forense ha originado diversos debates: desde las dudas iniciales en cuanto a las normas éticas a las cuales deben atenerse los psiquiatras forenses,

hasta los más recientes planteos acerca de la utilización del conocimiento clínico para objetivos que superan por completo sus límites éticos.

Los profesionales de la Psiquiatría forense han colocado su especialidad en la primera línea del interés social. Ahora están obligados a seguir siendo fundamentalmente médicos y a que su ética y sus motivaciones queden al margen de cualquier forma de reproche o acusación.

World Psychiatry 2006; 4: 87-91

Bibliografía

1. Gutheil TG. Forensic psychiatry as a specialty. *Psychiatric Times* 2004;21.
2. Pinals DA. Where two roads meet: restoration of competence to stand trial from a clinical perspective. *Journal of Criminal and Civil Confinement* 2005;31:81-108.
3. Konrad N. Prisons as new hospitals. *Curr Opin Psychiatry* 2002;15:582-7.
4. Weisstub DN. Inquiry on mental competency. Toronto: Queen's Printer for Ontario, 1990.
5. Nakatani Y. Psychiatry and the law in Japan. *Int J Law Psychiatry* 2000;23: 589-604.
6. Arboleda-Flórez J. On the evolution of mental health systems. *Curr Opin Psychiatry* 2004;17:377-80.
7. Morrisey JP, Goldman HH. The enduring asylum. *Int J Law Psychiatry* 1981;4:13-34.
8. DiScipio W, Sommer G. Therapeutic failures: patients who return within 30 days of hospital discharge. *Psychiatr Q* 1973; 132:1135-9.
9. Stuart H, Arboleda-Flórez J. Homeless shelter users in the post-deinstitutionalization era. *Can J Psychiatry* 2000;45:55-62.
10. Arboleda-Flórez J. Stigma and discrimination: an overview. *World Psychiatry* 2005; 4(Suppl. 1):8-10.
11. Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency and crime: evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:476-83.
12. Sheldon CT, Aubrey T, Arboleda-Flórez J et al. Social disadvantage and the law: predictions of legal involvement in consumers of community mental health programs in Ontario. *Int J Law Psychiatry* (in press).
13. Arboleda-Flórez J. Integration initiatives for forensic psychiatry. *World Psychiatry* 2003;2:173-7.
14. Stuart H. Stigmatisation. Leçons tirées des programmes de réduction. *Santé Mentale du Québec* 2003;28:37-53.
15. Tannsoj T. Forensic psychiatry and human rights. <http://www.priory.com/psych/rights.htm>.
16. World Health Organization. Resource book on mental health, human rights and legislation. Geneva: World Health Organization, 2005.
17. Gutheil TG, Slater FE, Commons ML et al. Expert witness travel dilemmas: a pilot study of billing practices. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1998;26:21-6.

18. Gutheil TG. "The whole truth" versus "the admissible truth": an ethics dilemma for expert witnesses. *J Am Acad Psychiatry Law* 1998;31:422-7.
19. Boettcher B. Criminalization in forensic psychiatry. <http://www.priory.com/psych/criminal/htm>.
20. Appelbaum PS. The parable of the forensic psychiatrist: ethics and the problem of doing harm. *Int J Law Psychiatry* 1990;13: 249-59.
21. Stone AA. The ethical boundaries of forensic psychiatry: a view from the ivory tower. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1984;12: 209-19.
22. Moran M. AMA to Evaluate M.D. role in detainee interrogation. *Psychiatric News* 2005;40:6.
23. Lifton JR. Doctors and torture. *N Engl J Med* 2004;351:415-6.
24. Sharfstein S. Medical ethics and the detainees at Guantanamo Bay. *Psychiatric News* 2005;40:3.
25. Arboleda-Flórez J. Forensic psychiatry: two masters, one ethics. *Die Psychiatrie* 2005; 2:153-7.

Psiquiatría forense: una subespecialidad en desarrollo

ALAN D. JAGER

14 Collins St., Melbourne, Vic 3000, Australia

El artículo de Arboleda-Flórez ofrece un panorama completo de la Psiquiatría forense. Describe muchas de las funciones que realizan actualmente los psiquiatras forenses, cuya identidad ha superado con mucho las expectativas habituales hacia un profesional de la medicina.

Una de las cuestiones abordadas en este artículo es la doble función del psiquiatra forense. El debate relativo al sometimiento de los psiquiatras forenses a la ética médica está llegando a su final. Arboleda-Flórez plantea un convincente argumento, según el cual la Psiquiatría forense ha alcanzado su posición de autoridad y es reconocida como área de conocimiento experto únicamente en virtud de que los profesionales que la ejercen son médicos y psiquiatras. Si estos profesionales se alejan de su función básica de médicos, pierden toda su autoridad. Por lo tanto, la conclusión es que deben seguir siendo en primer lugar psiquiatras y, por ello, deben mantener los principios de la ética médica.

El argumento de que los psiquiatras forenses violan de alguna manera la ética médica al ayudar al tribunal, lesionando así a alguna de las partes, está fundamentado en el principio ético de que los médicos no deben causar perjuicios. Sin embargo, el principio ético citado no obliga a que los médicos nunca hagan daño. Siempre que existe la obligación de hacer el bien se ponen en juego principios éticos contradictorios.

Estos principios son claramente puestos a prueba en la Psiquiatría forense, tanto en el contexto penitenciario (en el que se pueden ofrecer recomendaciones para no suavizar la aplicación de restricciones de seguridad debido a la peligrosidad) como en los tribunales (en los que se pueden ofrecer opiniones que pueden dar lugar de manera indirecta a una condena). El psiquiatra forense se mantiene en la posición, a menudo difícil, de soportar una responsabilidad doble: de cara a la comunidad y de cara al individuo. En todo caso, debe intentar causar el menor daño posible y hacer el mayor bien posible.

Debido a que estas obligaciones se refieren al propio corazón de la ética médica, la Sección de Psiquiatría forense de la WPA está desarrollando una serie de protocolos de consenso relacionados con la práctica ética de la Psiquiatría forense. El primer ob-

jetivo de estos protocolos cubre las áreas de directrices para las evaluaciones médicas independientes, la regulación de la Psiquiatría penitenciaria, la evaluación del riesgo, la violencia sexual y el uso de la resonancia magnética funcional por parte de los tribunales de justicia. Con el tiempo, esta sección desarrollará directrices de consenso, en colaboración con profesionales de la especialidad, respecto a todas las áreas del ejercicio profesional de la práctica forense. Debido a que en la práctica profesional hay cambios constantes, estos protocolos de consenso requerirán cláusulas de actualización que obliguen a su revisión y actualización en los momentos oportunos.

Otro aspecto importante recogido en el artículo de Arboleda-Flórez es el hecho de que la Psiquiatría forense ha crecido espectacularmente en cuanto a su ámbito de competencias, debido en parte a la desinstitutionalización de los enfermos mentales que ha tenido lugar durante los 50 últimos años. El vaciamiento de los manicomios y el abandono de la práctica de permanencia crónica de los pacientes en hospitales psiquiátricos han dado lugar al problema bien conocido del abandono de muchas personas que sufren enfermedades mentales. Muchos de estos individuos entran en contacto con el sistema judicial debido tanto a delitos insignificantes como a delitos violentos más graves.

La investigación forense (1-3) ha podido erradicar el concepto popular existente hace tres decenios de que no existe ninguna asociación entre la enfermedad mental y la violencia. Lamentablemente, incluso en los países cuyos gobiernos han intentado introducir servicios de tipo comunitario para sustituir a los que se ofrecen en los establecimientos psiquiátricos para enfermos crónicos, estos servicios tienen un coste económico tan elevado que los pacientes que sufren enfermedades psiquiátricas presentan frecuentemente *cracks*, con el resultado de que en los establecimientos penitenciarios de todo el mundo hay una representación excesiva de personas que sufren enfermedades mentales. Arboleda-Flórez ha identificado la sensación, presente en muchos países, de que el sistema de salud mental va a la deriva. A medida que los directores médicos han perdido capacidad de toma de decisiones en favor de las grandes organizaciones de gestión sanitaria controladas con una frecuencia cada vez mayor por burócratas ajenos a la medicina, los recursos económicos son cada

vez más racionalizados y los pacientes con enfermedades mentales crónicas se ven privados de la asistencia psiquiátrica a largo plazo. Los pacientes atendidos por este tipo de sistemas reciben a menudo la asistencia más barata posible, lo que quiere decir que su tratamiento es dirigido por las personas que pueden desempeñar esa función al menor coste posible. En los casos en los que los pacientes resistentes al tratamiento muestran una recidiva de su enfermedad, a menudo debido a la combinación de falta de cumplimiento del tratamiento y de abuso de sustancias, frecuentemente no existe ninguna institución asistencial que se haga cargo de ellos. En un contexto en el que el número de camas hospitalarias se ha reducido hasta el punto de que las unidades de hospitalización funcionan con una tasa de ocupación del 100 %, en situaciones de presión extrema el sistema asistencial es clínica y económicamente ineficiente (4).

En este contexto, la Psiquiatría forense tiene la responsabilidad de integrar todos estos elementos. Debido a ello, muchos psiquiatras jóvenes, inteligentes y entusiastas están empezando a engrosar sus filas. Lamentablemente, con unas pocas excepciones, la Psiquiatría forense no es una subespecialidad reconocida en muchos países. Los psiquiatras constituyen un recurso escaso especialmente en África y Asia, donde el número de psiquiatras generales es pequeño, por no hablar del número de psiquiatras con formación especializada en el contexto forense. Por tanto, los psiquiatras deben adquirir sus habilidades en esta área a través de la práctica. La Psiquiatría forense es una profesión de alcance mundial, que requiere la creación de un programa formativo específico. En Estados Unidos y en Europa existen ya algunos programas de formación sofisticados, y los psiquiatras de estos países deben ayudar a sus colegas de países menos desarrollados para el establecimiento de programas formativos en Psiquiatría forense.

Bibliografía

1. Mulvey EP. Assessing the evidence of a link between mental illness and violence. *Hosp Commun Psychiatry* 1994;45:663-8.
2. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK et al. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Commun Psychiatry* 1990;41:761-70.
3. Link BG, Andrews H, Cullen FT. The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *Am Sociol Rev* 192;57:275-92.
4. Tyrer P, Evans K, Gandhi N et al. Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. *Br Med J* 1998;316:106-9.

La dudosa ascensión de la Psiquiatría forense

NORBERT KONRAD

Institute of Forensic Psychiatry, Charité University Medicine Berlin, Limonenstrasse, 27, D-12203 Berlin, Germany

En su revisión, Arboleda-Flórez describe la Psiquiatría forense moderna como una especialidad que ha aprovechado los desarrollos que han tenido lugar en diversos campos. Me gustaría añadir que el buen resultado del tratamiento de los delincuentes que sufren enfermedades mentales, determinado en estudios con seguimiento de los pacientes tras el tratamiento y cuantificado en función del índice de recidiva del comportamiento delictivo, ha mejorado la reputación de la Psiquiatría forense y también ha incrementado las expectativas que se han puesto en ella.

Por ejemplo, en Alemania, durante el período 1970-1990 tuvo lugar una reducción del número de camas psiquiátricas, desde 117.596 hasta 70.570, mientras que el número de pacientes atendidos en los hospitales psiquiátricos forenses en función de las expectativas de la comisión futura de delitos también se redujo desde 4.222 hasta 2.489 (1). Durante este mismo período, el número de personas encarceladas sólo aumentó ligeramente, desde 35.209 hasta 39.178 (2). A la Psiquiatría forense se le ha atribuido generalmente especial competencia respecto a la prevención de la recidiva del comportamiento delictivo, incluso teniendo en cuenta que los estudios en los que se ha comparado dicha recidiva tras el alta de los hospitales psiquiátricos forenses con la recidiva tras la salida de los establecimientos penitenciarios han sido, como mínimo, metodológicamente problemáticos, debido a defec-

tos de selección no controlados (3). Este problema es congruente con el hecho de que los elementos de los métodos terapéuticos psiquiátricos y psicoterapéuticos como la terapia cognitiva se utilizan en programas —p. ej., persuasión y rehabilitación (reasoning and rehabilitation, R&R)— que están dirigidos principalmente hacia la mejora del pronóstico legal y que se aplican en instituciones penitenciarias (4). La atribución de estas competencias se acompaña de la expectativa —hasta el momento no cumplida— de que la Psiquiatría forense pueda reducir de manera decisiva la tasa de recidiva en los pacientes que sufren trastornos de la personalidad, especialmente en los delincuentes con trastorno antisocial de la personalidad, tal como se recoge en los sistemas de clasificación psiquiátrica internacionales, especialmente en el subgrupo de «psicópatas» (5). Existe una necesidad especial de efectuar investigaciones terapéuticas en estos grupos de pacientes que son rechazados por muchos psiquiatras, incluso por muchos psiquiatras forenses.

Tal como señala adecuadamente Arboleda-Flórez, a la Psiquiatría forense también se le han atribuido capacidades pronósticas especiales, además de la competencia terapéutica. Sin embargo, esta atribución todavía no ha llegado hasta el punto de que los psiquiatras forenses sean solicitados de manera sistemática para tomar decisiones sobre los riesgos asociados a los pacientes con comportamiento violento que son reclamados por el ámbito del derecho civil. No hay prácticamente ningún país europeo que haya transferido esta tarea desde la Psiquiatría general hasta la Psiquiatría forense (6). Sin embargo, la valoración del riesgo por motivos de pronóstico legal tiene muchas similitudes meto-

dológicas con la valoración de la posibilidad de suicidio en las personas encarceladas (7).

La solicitud cada vez mayor que se hace a la Psiquiatría forense con respecto a este tema refleja el interés de los estamentos competentes respecto a la reducción del índice de suicidio en las personas encarceladas, que es en general mucho mayor que el existente en la población general, y que es considerado un marcador de la insuficiencia de los tratamientos que se aplican en los establecimientos penitenciarios o, incluso, de sus características poco humanitarias.

Bibliografía

1. Konrad N. Redevelopment of forensic-psychiatric institutions in former East Germany. *Int J Law Psychiatry* 2001;24:509-26.
2. Konrad N. Managing the mentally ill in the prisons of Berlin. *International Journal of Prisoner Health* 2005;1:39-47.
3. Leygraf N. Wirksamkeit des psychiatrischen Maßregelvollzugs [Efficacy of forensic-psychiatric treatment]. In: Kröber HL, Dahle KP (eds). *Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz*. Heidelberg: Kriminalistik 1998:175-84.
4. Friendship C, Blud L, Erikson Met al. Cognitive-behavioral treatment for imprisoned offenders: an evaluation of HM Prison Service's cognitive skills programmes. *Legal and Criminological Psychology* 2003;8:103-14.
5. Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multi-Health Systems, 1991.
6. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry* 2004;184:163-8.
7. Dahle KP, Lohner J, Konrad N. Suicide prevention in penal institutions: validation and optimization of a screening tool for early identification of high-risk inmates in pretrial detention. *International Journal of Forensic Mental Health* 2005;4:53-62.

Implicaciones éticas de la práctica de la Psiquiatría forense

ALFREDO CALCEDO-BARBA

Departament of Psychiatry, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Complutense University, Madrid, Spain

Es incuestionable el hecho de que la Psiquiatría forense ha alcanzado su madurez y que actualmente constituye una de las principales subespecialidades de la Psiquiatría. Sin embargo, todavía persisten algunas controversias que ponen en cuestión

tanto el sistema de valores sobre el que se fundamenta esta subespecialidad como su práctica profesional. Realmente, se ha planteado, incluso, que el sistema de valores de la Psiquiatría forense podría estar en contradicción, en alguna medida, con los sistemas de valores de la Psiquiatría o la medicina.

Probablemente, la mayoría de los psiquiatras forenses no pondría ninguna objeción para actuar en procesos judiciales en los que su colaboración pudiera incre-

mentar la gravedad de la sentencia, mientras que algunos psiquiatras que no ejercen en el ámbito forense podrían considerar que dicha participación es cruel e inhumana. Un ejemplo de esta situación es el caso de Andrea Yates (1), una mujer que sufría un trastorno esquizoafectivo y que en un episodio de delirio ahogó a sus cinco hijos en la bañera de su casa en Houston. En este caso participaron varios de los psiquiatras forenses más distinguidos del país, tanto en la acusación como en la defensa. Los expertos de ambas partes estuvieron de acuerdo en el diagnóstico y en el hecho de que la acusada estaba claramente bajo los efectos de un episodio psicótico en el momento en el que se cometió el crimen. Los desacuerdos se plantearon cuando se

llegó al análisis del comportamiento criminal, y hubo opiniones diferentes acerca de los aspectos del comportamiento de la acusada que deberían ser considerados racionales o irracionales. Sorprendentemente, Andrea Yates fue condenada a cadena perpetua. Sin embargo, un tribunal de apelación ha ordenado el inicio de un nuevo proceso judicial para este caso.

El psiquiatra que trabajaba para la acusación fue atacado duramente por los abogados de la defensa y tuvo que reconocer haber cometido un error durante la prestación de su testimonio (2). Además, también fue criticado por los estudiantes de derecho (3) y por los psiquiatras que cuestionan el sistema legal desde una perspectiva de género (4, 5). Esta situación subraya el problema al que se deben enfrentar con una frecuencia cada vez mayor los psiquiatras forenses: el acoso u hostigamiento por las diferentes partes implicadas en los procesos judiciales (6, 7).

El problema que se plantea es cómo reconciliar la práctica forense, en situaciones como la del caso de Yates, con los valores tradicionales de la práctica de la medicina. Appelbaum (8) señaló que «los psiquiatras actúan fuera del ámbito médico cuando participan en el contexto forense, de manera que sencillamente los principios éticos en los que se justifica su comportamiento no son los mismos». En el contexto forense, los principios de hacer el bien y de no hacer daño pierden su primacía con respecto al principio de la verdad y la objetividad. Probablemente, los psiquiatras forenses perderían su «esencia médica» si consideraran realmente la objetividad como el valor supremo. Así, el respeto por la persona quedaría relegado a un segundo puesto en la lista de valores morales (9). La doctrina relativa al consentimiento informado presenta conexión con la práctica de la Psiquiatría forense. La persona evaluada debe ser consciente de las implicaciones de la evaluación forense y de que la información que le ofrece al evaluador puede ser

utilizada en su contra en un proceso judicial. También debe quedar muy claro que el evaluador no asume ninguna obligación respecto a la confidencialidad.

Por lo tanto, la práctica forense debe estar fundamentada en dos valores principales: la objetividad y el respeto por la persona. Sin embargo, ¿podría considerarse que esto es suficiente? Posiblemente, no, pues los psiquiatras forenses quedarían en una posición muy alejada de los valores básicos de la medicina. ¿Es posible que los psiquiatras forenses todavía podamos sentirnos miembros de la profesión médica? Weinstock (10) cita a Candilis (11) con respecto a la respuesta a esta pregunta. Según estos autores, cada profesión «posee su propio desarrollo histórico y su propio conjunto interno de obligaciones, valores e ideales, que son esenciales para la identidad y la integridad profesionales». «El desarrollo histórico centra la profesión en valores que resisten los caprichos de las fuerzas sociales y de situación» (10). Desde un punto de vista estrecho, un psiquiatra forense es concebido como un agente de la sociedad y de los tribunales de justicia, pero una concepción más amplia de la integridad profesional introduce los valores médicos tradicionales en el contexto forense.

Tal como ilustra Arboleda-Flórez en su artículo, la Psiquiatría forense es mucho más que la simple colaboración con los tribunales de justicia en forma de ofrecimiento de testimonio experto. Nuestra especialidad aporta un cuerpo de conocimientos y métodos que abordan áreas de la práctica profesional en las que tiene lugar el enfrentamiento entre sistemas de valores diferentes. Hemos aprendido a preservar nuestra ética médica incluso cuando trabajamos con la acusación, tal como ocurrió en el caso de Andrea Yates. En estas situaciones no solamente desarrollamos nuestra función de médicos sino que también actuamos, como profesionales, en ayuda de los valores de la sociedad a la que pertenecemos.

La Psiquiatría forense es una especialidad fascinante, cuyos profesionales se deben enfrentar a desafíos éticos continuos para preservar los fundamentos éticos de la profesión médica. El hecho de que nuestro trabajo se desarrolle en un sistema legal de carácter hostil no debe llevarnos al pesimismo. Con independencia de la parte que solicita nuestros servicios (la acusación o la defensa), es posible preservar parte de nuestros valores médicos tradicionales.

Bibliografía

1. CourtTV. Texas mom drowns kids. <http://www.courtvtv.com/trials/yates>.
2. CourtTV. Witness at heart of Yates' appeal explains error. http://www.courtvtv.com/trials/yates/010705_dietz_ctv.html.
3. Denno DW. Who is Andrea Yates? A short story about insanity. *Duke Journal of Gender Law and Policy* 2003;10.
4. Spinelli MG. Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives. *Am J Psychiatry* 2004;161:1548-57.
5. Spinelli MG. Infanticide: contrasting views. *Arch Women Ment Health* 2005;8:15-24.
6. Binder RL. Liability for the psychiatrist expert witness. *Am J Psychiatry* 2002;159:1819-25.
7. Norris DM, Gutheil TG. Harassment and intimidation of forensic psychiatrists: an update. *Int J Law Psychiatry* 2003;26:437-45.
8. Appelbaum PS. The parable of the forensic psychiatrist: ethics and the problem of doing harm. *Int J Law Psychiatry* 1990;13:249-59.
9. Appelbaum PS. A theory of ethics for forensic psychiatry. *J Am Acad Psychiatry Law* 1997;25:233-47.
10. Weinstock R, Leong GB, Silva JA. Ethical guidelines. In: Rosner R (ed). *Principles and practice of forensic psychiatry*. London: Oxford University Press, 2003:57-72.
11. Candilis PJ, Martinez R, Dording C. Principles and narrative in forensic psychiatry: toward a robust view of professional role. *J Am Acad Psychiatry Law* 2001;29:167-73

Psiquiatría y tortura

DARYL MATTHEWS

University of Hawaii, Manoa, HI, USA

Me gustaría añadir algunas cuestiones al excelente análisis que realiza Julio Arboleda-Flórez del problema de la participación de los psiquiatras en los interrogatorios. Existe una presión internacional considerable para que los psiquiatras y otros médicos no sólo rechacen la participación en la tortura y las prácticas relacio-

nadas con ésta, sino que ofrezcan un testimonio vigoroso contra su uso por parte de los gobiernos.

Mientras que la ética médica las rechaza sin paliativos, estas prácticas también son rechazadas en otros contextos. Por ejemplo, en el documento preliminar «Conjunto de principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión», la Asamblea General de las Naciones Unidas señala que «ninguna persona en

ninguna situación de detención o prisión será sometida a tortura o a un trato o castigo cruel, inhumano o degradante», añadiendo una nota al final: «Los términos de "trato o castigo cruel, inhumano o degradante" deben ser interpretados en el sentido del ofrecimiento de la mayor protección posible frente a los abusos, físicos o mentales, incluyendo el mantenimiento de una persona detenida o encarcelada en condiciones que la priven, temporal o permanentemente, del

uso de cualquiera de sus sentidos naturales, como la vista o el oído, o de su orientación respecto al espacio o al tiempo» (1).

Además, este documento de principios exige que «en los interrogatorios a que sea sometida durante su detención, ninguna persona debe sufrir violencia, amenazas o métodos de interrogatorio que puedan alterar su capacidad de decisión o de juicio» (1).

Los psiquiatras ocupan una posición idónea para comprender y comunicar la

importancia de estos principios, y deben denunciar la tortura de manera manifiesta y a través de todos los medios posibles. Tal como han señalado Sagan y Jonsen (2), debido a que las habilidades médicas utilizadas para la curación puedan ser pervertidas maliciosamente «con efectos devastadores sobre el cuerpo y el espíritu», «le corresponde a la profesión médica y a sus profesionales la denuncia eficaz de la tortura como instrumento de control político». Esta denuncia es incluso más ur-

gente hoy en día que cuando se redactaron estos párrafos, hace 30 años.

Bibliografía

1. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Body of principles for the protection of all persons under any form of detention or imprisonment. New York: United Nations, 1988.
2. Sagan LA, Jonsen A. Medical ethics and torture. *N Engl J Med* 1976;294:1427.

Delito y enfermedad mental: el momento de pasar a los hechos

DORTE SESTOFT

Department of Psychiatry, Frederiksberg Hospital, University of Copenhagen, Ndrç Fasamvej 57, 20000 Frederiksberg, Denmark

Desde un punto de vista médico, la Psiquiatría forense ocupa una posición especial. Existe en un contexto cultural, legal e institucional concreto y es la propia sociedad, a través de la legislación, la que determina en gran medida qué personas en un momento y un lugar dados requerirán la asistencia profesional de la Psiquiatría forense. Además, tanto las características como la intensidad de los delitos cometidos por las personas que sufren enfermedades mentales dependerán de las posibilidades de tratamiento existentes en el ámbito de la Psiquiatría general, de la ideología implícita en estos tratamientos y de los recursos disponibles, así como también de la situación social de los enfermos mentales en cuestión.

Durante los últimos decenios, el número de delincuentes con enfermedades mentales se ha incrementado en muchos países. El número de presos que sufren una enfermedad mental grave es inaceptablemente elevado (muchos de los casos no son identificados por los sistemas penitenciarios y de libertad condicional en la mayor parte de los países [1]), y en muchos estudios se ha demostrado la existencia de un índice relativamente elevado de delitos entre las personas que sufren enfermedades mentales (2, 3).

A pesar de que la institucionalización posiblemente ha desempeñado un papel importante en la criminalización de las personas que padecen enfermedades mentales (4), la relación entre ambos factores no es simple y depende en gran medida de la

forma en la que se ha implementado este proceso. También hay que subrayar el hecho de que los enfermos mentales muestran un riesgo mayor de ser víctimas de violencia, un factor importante que también deberían tener en cuenta los profesionales que tratan a estos pacientes.

La función desarrollada por la Psiquiatría forense nunca ha tenido tanta importancia ni ha presentado un carácter tan múltiple. Hoy en día, la Psiquiatría forense no consiste solamente en la realización de exámenes y evaluaciones. Una de sus tareas más importantes es la atención y el tratamiento de un número cada vez mayor de enfermos mentales ingresados en establecimientos penitenciarios. La proporción progresivamente creciente de delincuentes con enfermedades mentales no es aceptable ni para los pacientes ni para la sociedad, y refleja las características y el grado de eficacia de todo el sistema terapéutico psiquiátrico en una región específica.

Algunos de los objetivos más importantes que debe afrontar la Psiquiatría forense de hoy en día son: a) la derivación (la creación y puesta en marcha de programas de derivación que permitan identificar a las personas atendidas por el sistema judicial o correccional que sufren enfermedades mentales, de manera que puedan tener acceso al tratamiento psiquiátrico apropiado); b) la evaluación y el tratamiento (optimizando y aplicando las evaluaciones del riesgo y otras intervenciones, tanto de la Psiquiatría general como de la Psiquiatría forense, con el objetivo de mejorar el control y el tratamiento de las situaciones de peligro); c) la investigación forense, estableciendo las bases para una adaptación y un ajuste progresivos de los servicios forenses (la investigación epidemiológica debe evaluar las modificaciones que se producen

en el número y la composición de la población de pacientes atendidos por la Psiquiatría forense y también debe intentar determinar las causas de estas modificaciones, analizando la posibilidad de adoptar medidas preventivas pertinentes y de mejorar los tratamientos existentes).

Hace tres decenios, John Gunn (5) describió el «ejército de actores»: «[...] y van del hospital a la cárcel para después refugiarse en su hogar y volver de nuevo a empezar como si fuera un ejército de actores dando vueltas una y otra vez, causando la impresión de que su elevado número se justifica simplemente por el hecho de que no poseemos instalaciones adecuadas para atenderlos». El problema es que el «ejército de actores» es actualmente muy numeroso. Los delincuentes que sufren enfermedades mentales necesitan una asistencia y un tratamiento intensivos; además, es imperioso aplicar las medidas necesarias para impedir que aumente su número.

Bibliografía

1. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002;359:545-50.
2. Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:476-83.
3. Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry* 2002;180:490-5.
4. Priebe S, Badescony A, Fioritti A et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *Br Med J* 2005;330:123-6.
5. Gunn J. Criminal behaviour and mental disorder. *Br J Psychiatry* 1977;130: 317-29.

La Psiquiatría forense hoy en día: una perspectiva desde América Latina

JOSÉ G. V. TABORDA

Department of Psychiatry and Forensic Medicine, Federal School of Medical Sciences, Porto Alegre, Brazil

La Psiquiatría forense en América Latina se adapta, en términos generales, a la descripción ofrecida por Julio Arboleda-Flórez. Sin embargo, la enorme heterogeneidad existente en esta región geográfica (desde los puntos de vista histórico, político y económico) ha determinado la existencia de diferencias entre los distintos países con respecto a la Psiquiatría forense.

En cuanto al derecho penal, la gran preocupación de la sociedad respecto al problema de la violencia y la delincuencia ha suscitado un gran interés por el desarrollo de criterios objetivos para la evaluación del riesgo (1, 2). Sin embargo, todavía queda mucho trabajo en esta área debido a que, lamentablemente, la mayor parte de las evaluaciones del riesgo todavía se realizan de manera empírica, básicamente en función de la experiencia del evaluador.

El problema de la idoneidad para que una persona pueda ser sometida a un proceso judicial no es significativo en la realidad de América Latina: de hecho, es un concepto que pertenece al derecho consuetudinario, mientras que en los países de América Latina existe la tradición jurídica del derecho romano (1). Por otra parte, el problema de la evaluación de la competencia criminal (la posibilidad de imputación) no genera una controversia importante debido a que las pruebas legales que se aplican en los distintos países de América Latina son muy similares y a que no han sufrido cambios importantes durante los últimos decenios. Como norma general, las evaluaciones están fundamentadas en una base cognitiva y una base volitiva, de la misma manera que la prueba legal del American Law Institute (3).

En cuanto al derecho civil, los problemas más frecuentes han estado relacionados tradicionalmente con la posibilidad de procesamiento de una persona que sufre una enfermedad mental, la evaluación de la capacidad de una persona para firmar un contrato u otorgar testamento, y la evaluación retrospectiva de la validez de un testamento. Además, también tiene una gran importancia la evaluación psiquiátrica en los procesos judiciales por la custodia de los hijos. Actualmente, al psiquiatra fo-

rense se le solicitan con frecuencia diversas evaluaciones de carácter civil (idoneidad para el puesto de trabajo, cobertura de incapacidad laboral por pólizas de seguro, permiso de conducir, etc.), lo que indica la complejidad cada vez mayor de las relaciones sociales existentes en esta región del mundo. Una evaluación de carácter civil adicional que en la actualidad se está solicitando con frecuencia es la relativa a los procedimientos de agravio: en estos casos, el problema principal es determinar si el demandante sufre algún trastorno mental y si este supuesto trastorno mental tiene una relación causa-efecto con el delito cometido por el acusado (4). Ciertamente, la violencia urbana creciente dará lugar a un incremento de las acciones legales relacionadas con el trastorno por estrés postraumático.

Arboleda-Flórez también aborda los problemas de la legislación relativa a la salud mental y de los sistemas psiquiátricos. La Declaración de Caracas (5) recomienda a los países de este continente la realización de modificaciones en sus legislaciones sobre salud mental, las que han sido escasas en algunos casos y significativas en otros, en función de las características sociales, económicas y políticas de cada país (6). Todos estos sistemas legislativos comparten el modelo de traslado de los pacientes desde el hospital hasta el contexto comunitario, y también el hecho de que en la reforma psiquiátrica no se hayan considerado los hospitales psiquiátricos forenses.

La disociación completa existente entre el sistema correccional y el sistema de salud pública representa uno de los problemas principales para la práctica de la Psiquiatría forense en América Latina. El fenómeno de la «puerta giratoria» es muy frecuente: en una encuesta reciente efectuada en uno de los hospitales psiquiátricos forenses brasileños de mayor tamaño se observó que aproximadamente el 55 % del grupo de 618 delincuentes con enfermedades mentales entrevistados había recibido previamente tratamiento psiquiátrico hospitalario en el sistema sanitario público debido al mismo trastorno que, posteriormente, fue asociado a la comisión del delito (7). Por otra parte, el período medio de tiempo de permanencia de los pacientes en los hospitales psiquiátricos forenses fue muy superior a la necesidad real de ello, debido en parte a que el sistema sanitario público es reactivo a la aceptación de estos pacientes «peligrosos».

Otro aspecto destacado de la reforma psiquiátrica ha sido la introducción de una normativa más rígida y compleja para la hospitalización psiquiátrica involuntaria, lo que ha dado lugar a un número creciente de demandas judiciales contra los psiquiatras y también a una mayor concienciación por parte de los psiquiatras en cuanto a la necesidad de encontrar un punto de equilibrio entre el paternalismo hipocrático (tan arraigado en la cultura latina) y el principio de la autonomía.

Finalmente, tal como señala Arboleda-Flórez, la práctica de la Psiquiatría forense genera diversos dilemas éticos en todo el mundo. En América Latina, la mayor parte de las evaluaciones forenses son realizadas por profesionales que no son expertos en este campo. Así, son frecuentes las violaciones éticas, más por ignorancia técnica que por mala fe. Uno de los errores más frecuentes es el de no informar a la persona que está siendo evaluada de que la relación que mantiene el profesional con ella no es la relación médico-paciente tradicional. Esta distinción, que ya es difícil de comprender por parte de las personas con un bajo grado de instrucción, es incluso menos inteligible cuando el propio experto es incapaz de percibirla correctamente.

Bibliografía

1. Taborda JGV. Criminal justice system in Brazil: functions of a forensic psychiatrist. *Int J Law Psychiatry* 2001;24:371-86.
2. Morana HC, Arboleda-Flórez J, Camara FP. Identifying the cut-off score for the PCL-Hare Scale (Psychopathy Checklist-Revised) in a Brazilian forensic population. *Forensic Science International* 2005; 147:1-8.
3. American Law Institute. Model penal code: proposed official draft. Philadelphia: American Law Institute, 1962.
4. Taborda JGV, Chalub M, Abdalla-Filho E. Psiquiatría forense. Porto Alegre: Artmed, 2004.
5. Pan American Health Organization/World Health Organization. Memorias de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. Caracas, November 11-14, 1990.
6. Bolis M. The impact of the Caracas Declaration on the modernization of mental health legislation in Latin America and the English-speaking Caribbean. Presented at the 27th International Congress on Law and Mental Health, Amsterdam, July 8-12, 2002.
7. Menezes RS. Esquizofrenia e liberdade: manicômios judiciais, reforma psiquiátrica e a era da saúde mental. Porto Alegre: Armazém Digital, 2005.

Psiquiatría forense: la experiencia en África

FRANK G. NJENGA

Upper Hill Medical Center, Nairobi, Kenya

La práctica de la Psiquiatría forense en África está envuelta en un halo de misterio y confusión. La mayor parte de los profesionales que ejercen en esta área son posiblemente personas autodidactas que se han visto forzadas por el tiempo o por el infortunio a permanecer en instituciones psiquiátricas de muy escasos recursos, tan características del continente africano. La mayor parte de los hospitales psiquiátricos africanos se localiza en los «guetos económicos» de las ciudades, y las unidades forenses se ubican a su vez en los «guetos» de estos hospitales, en instalaciones que a menudo se denominan unidades de máxima seguridad. A pesar de su ubicación hospitalaria, estas unidades son en la práctica dependencias carcelarias; esta situación es todavía peor debido a que son unidades «huérfanas», que no pertenecen ni al sistema médico ni al sistema penitenciario. Además de la inexistencia de instalaciones adecuadas, en la mayor parte de los países hay una media de un psiquiatra por cada millón de personas. La proporción de psiquiatras en relación con el número de pacientes que requieren asistencia forense es incluso menor y, por lo tanto, para muchas personas la asistencia prestada por estas unidades significa una sentencia de por vida a recibir una dosis diaria de clorpromacina o carbamacepina, y a sufrir malnutrición.

La visita a muchas de estas instituciones nos lleva a la desesperanza con respecto a la situación de los derechos humanos y de la dignidad de las personas en este continente. Los considerados afortunados son atendidos por un médico desmoralizado, escasamente formado e insuficientemente pagado, que pasa por la planta una vez cada varias semanas, atendiendo únicamente a los pacientes que están en peor situación. Para aquellos que no presentan problemas no hay atención. Es en este contexto de inmensas necesidades que es atendido el resto de la sociedad, si requiere los servicios de la Psiquiatría forense en África Subsahariana.

Con respecto a las cuestiones del derecho civil, los informes médicos y psiquiátricos son redactados a menudo por médicos generales, cuya formación en Psiquiatría es escasa o nula, y que reivindican

su capacidad para cuantificar conceptos novedosos (e idiosincrásicos) como «un daño psicológico del 45 %» tras un accidente de tráfico. Los jueces y magistrados deben dictar sentencias en función de estos «informes expertos». En estos casos, las demandas civiles se hacen interminables, en ausencia de una real comunicación entre el sistema judicial y los médicos.

Actualmente, la mayor parte de los países africanos carece de legislación en salud mental. En algunos de ellos existen versiones de una legislación psiquiátrica completamente desfasada, que procede de la época colonial, anterior a la independencia. Son pocos los países con políticas de salud mental, y prácticamente en ninguno de ellos se elaboran presupuestos específicos para la asistencia psiquiátrica. En esta jerarquía de desventajas, las personas que sufren una demanda civil se sitúan en la parte más profunda. Arboleda-Flórez parece estar refiriéndose a los países de África Subsahariana cuando señala que «los pacientes mentales, desposeídos y confusos, caminan sin rumbo hablando solos». Para complicar todavía más este cuadro casi desesperado, hay una escasez total de personal médico y de medicamentos. El Informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2006 (1) señala que, soportando el 24 % de la carga mundial representada por las enfermedades, África gasta menos del 3 % del presupuesto global en salud. Con respecto a los servicios forenses, el problema de carencias y necesidades al que se enfrentan los africanos adquiere dimensiones dantescas.

En su descripción de las controversias éticas, Arboleda-Flórez señala que «la Psiquiatría forense debe conocer la actividad que se lleva a cabo en los tribunales de justicia». En cuanto a la Psiquiatría africana, debería añadirse: «si pudiera realmente saberse qué es lo que se lleva a cabo en ellos». Muchos tribunales de justicia de los países de África Subsahariana son sólo sucursales de las polvorientas y abrasadoras plazas de mercado en donde se congregan todas aquellas personas que no tienen nada mejor que hacer que observar el espectáculo que se les ofrece. Los casos relativos a los problemas psiquiátricos despiertan un interés especial en estas multitudes ruidosas. La falta de conocimientos de Psi-

quiatria por parte de los abogados que realizan las evaluaciones transforma muchas de estas sesiones en intentos inútiles de comunicación. La aparición de un psiquiatra en un tribunal de justicia es motivo tanto de curiosidad como de diversión para los abogados y para las multitudes, debido a que ambos ansían conocer el mundo de la «locura».

En muchas zonas de África Subsahariana el intento de suicidio se considera un delito. A menudo, el psiquiatra africano debe acudir a los tribunales de justicia para intentar explicar a un juez hermético que una persona que ha intentado suicidarse debe ser atendida en un hospital, y no encarcelada. Sin embargo, irónicamente, estos mismos psiquiatras utilizan la amenaza de «poner en conocimiento de la policía el caso del paciente» como forma de que el paciente acepte permanecer en el hospital para poder llevar a cabo una evaluación completa. De un modo similar, aunque desde un punto de vista distinto, la mayor parte de los sistemas legales en África (excepto en Sudáfrica) considera la homosexualidad como un delito, y el hecho de ser homosexual es contemplado en estas sociedades como evidencia de locura o, en el mejor de los casos, como un delito vergonzoso. Los psiquiatras que residen y ejercen en estas comunidades deben enfrentarse en su trabajo a las creencias y las prácticas de la comunidad a la que atienden, que pueden ser muy distintas a las suyas propias y a las de su formación profesional. Con respecto a la orientación sexual, se aplican presiones sociales, políticas y, en ocasiones, legales, para conseguir que existan hallazgos «médicos».

Las dificultades y controversias expuestas por Arboleda-Flórez son reales en el contexto africano, existen allí de una manera mucho más manifiesta y comprenden desde un marco legal y político escasamente estructurado hasta los problemas de financiación, pero también implican aspectos morales, sexuales y éticos adicionales.

Bibliografía

1. World Health Organization. World health report. Geneva: World Health Organization, 2006.

Análisis de los conceptos y dificultades cambiantes en la Psiquiatría forense

SHRIDHAR SHARMA,
GAUTAM SHARMA

*Institute of Human Behavior and Allied Sciences,
Dilshad Garden, Delhi, 110095, India*

En el artículo de Arboleda-Flórez se aborda una amplia gama de aspectos interesantes e interconectados relativos a las relaciones entre el sistema judicial, la criminalidad y la Psiquiatría. El alcance y los

objetivos de la Psiquiatría forense se pueden analizar desde numerosos puntos de vista, puesto que las cuestiones médicas, legales y éticas coexisten sobre el fondo de las características culturales, sociopolíticas y legales de cada país. Aunque se supone a menudo que las disciplinas como el derecho y la medicina actúan de manera independiente entre sí, este concepto es erróneo. La función principal de la ley es la regulación del comportamiento humano en una cultura dada. Por su parte, las ciencias de la salud mental también están estrechamente relacionadas con el comportamiento humano. Para comprender adecuadamente los conceptos controvertidos de ambos campos, estos deben ser, en primer lugar, analizados desde el punto de vista histórico y filosófico y, después, en el contexto del marco científico y legal existente hoy en día. El punto de vista filosófico puede no resolver el debate relativo a las controversias existentes en el campo de la Psiquiatría forense, pero generalmente es útil para aclarar cuáles son los conceptos subyacentes más dudosos y cuáles son los puntos fuertes y débiles de los argumentos utilizados por cualquiera de estas profesiones (1, 2).

Durante los últimos años se ha verificado un avance en la interacción entre los campos del derecho y de la Psiquiatría, tanto en el ámbito estrictamente profesional como en el de la investigación. Pero, por otra parte, pueden plantearse conflictos entre los abogados y los profesionales de la Psiquiatría debido a las distintas orientaciones filosóficas y de valores, así como a los diferentes paradigmas. Comprensiblemente, los profesionales tienden a contemplar las cosas desde la perspectiva de su propio campo y en el contexto de sus funciones sociales y sus contingencias asistenciales y profesionales.

Los planteamientos éticos son más complejos y controvertidos en la Psiquiatría forense que en la Psiquiatría general. Aún más que en otras disciplinas, la Psiquiatría forense aborda un área en la que es necesaria la protección de los derechos de los pacientes. Así, en el campo de la Psiquiatría forense, el activismo legal y la crítica de los medios de comunicación han desempeñado un papel dominante. El debate sobre estas cuestiones éticas ha venido de la mano del crecimiento de la ciencia, de las condiciones socioeconómicas y de los procesos de democratización.

Un ejemplo de los planteamientos éticos ya mencionados es el de la participación de los psiquiatras forenses en la evaluación del grado de competencia de una persona encarcelada para ser ejecutada (3). Diversas sociedades médicas profesionales, como la WPA, han rechazado claramente la participación directa de los psiquiatras en las actividades relacionadas con la pena capital (4). Sin embargo, no

existe una recomendación ética unánimemente reconocida contra la participación de los psiquiatras en la determinación del grado de competencia de una persona para ser juzgada, en la determinación de la responsabilidad criminal ni en la evaluación de la sentencia tras una condena.

Otro aspecto importante de interés para la Psiquiatría forense es el correspondiente al estigma asociado a la enfermedad mental. No se suelen tener en cuenta las consecuencias del uso de términos como «lunático», «insano» o «loco» por parte de expertos legales y de los tribunales de justicia. El estigma social rodea a la enfermedad mental en todo el mundo y constituye una violación de los derechos humanos de las personas afectadas.

Durante los últimos años, debido a un incremento de la concienciación y al proceso de democratización, el sistema judicial está mostrando una sensibilidad cada vez mayor en los países en vías de desarrollo, abordando problemas como el derecho al tratamiento adecuado y el derecho al rechazo del

tratamiento. Además, es cada vez más frecuente que recurran a la justicia personas y grupos que buscan una reparación por agravios sufridos, o grupos que solicitan reformas en diferentes áreas: derechos de los niños, derechos de las mujeres, de las minorías y de otros grupos sociales.

El artículo de Arboleda-Flórez representa una contribución importante y sugestiva a este debate.

Bibliografía

1. O'Brien KP. Pivotal issues in forensic psychiatry. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1998; 32:1-5.
2. Blueglass R, Bowden P (eds). *Principles and practice of forensic psychiatry*. London: Churchill Livingstone, 1990:103-9.
3. Stone A. Forensic ethics and capital punishment: is there a special problem. *J Forensic Psychiatry* 2002;13:487-93.
4. Okasha A. The Declaration of Madrid and its implementation. An update. *World Psychiatry* 2003;2:65-7.

Práctica de la Psiquiatría forense: similitudes y diferencias en todo el mundo

VLADIMIR T. VELINOV,
PETER M. MARINOV

Department of Psychiatry, Medical University, Specialized Hospital for Active Treatment in Neurology and Psychiatry «St. Naum», 1 Dr. Ljuben Russev, Sofia 1113, Bulgaria

Tal como describe Arboleda-Flórez, la Psiquiatría forense ha sufrido muchos cambios en todo el mundo durante los últimos decenios. Hoy en día, los psiquiatras forenses son considerados profesionales de jerarquía, capaces de ofrecer una opinión competente en situaciones judiciales difíciles. Sin embargo, la Psiquiatría forense también enfrenta dificultades éticas y profesionales en su práctica cotidiana, especialmente cuando se plantean conflictos entre los intereses privados y públicos o cuando las instituciones de control social ejercen presión para solucionar todos los problemas del comportamiento peligroso de los pacientes. Estas dificultades pueden ser identificadas en la práctica de la Psiquiatría forense en todo el mundo.

A pesar de algunas similitudes, hay sin embargo diferencias importantes en la práctica psiquiátrica forense de los distintos países del mundo. En primer lugar,

en muchos países la Psiquiatría forense no se identifica como una subespecialidad específica. En segundo lugar, incluso en los países en los que sí existe esta identificación, hay variaciones enormes en la duración del periodo formativo y en las materias que lo constituyen. En tercer lugar, las diferencias existentes en la práctica judicial en todo el mundo impiden el desarrollo de estándares unificados para la práctica de la Psiquiatría forense. En cuarto lugar, hay grandes diferencias entre los distintos países respecto a la gama de servicios que ofrece la Psiquiatría forense y también con respecto a las modalidades en las que son utilizados dichos servicios.

En Bulgaria, la formación en Psiquiatría forense ha sido introducida en el conjunto de asignaturas de los estudiantes de medicina y de los médicos generales. Los médicos que se especializan en Psiquiatría general realizan un periodo formativo de 3 meses en Psiquiatría forense. Hay una subespecialización en Psiquiatría forense cuya duración es de 2 años. Los servicios de Psiquiatría forense se realizan en unidades de alta seguridad, en unidades generales de seguridad intermedia y en consultas ambulatorias de baja seguridad. Entre los problemas a los que se enfrentan los psiquiatras forenses en este momento están la

escasez de servicios ambulatorios para la resocialización de los pacientes, la necesidad de una formación médica continuada de los psiquiatras y la inexistencia de una formación estructurada en Psiquiatría forense por parte de los abogados.

Consideramos que la WPA puede desempeñar una función importante en la promoción de un consenso internacional sobre la terminología básica de la Psiquiatría forense; en el diseño de las materias que deben constituir el programa

formativo de la subespecialidad de Psiquiatría forense, y en la definición de los servicios que debe llevar a cabo la Psiquiatría forense práctica en los países de desarrollo económico alto, intermedio y bajo.

Tratamiento de los pacientes con un primer episodio de psicosis: resultados del Danish National Schizophrenia Project a los 2 años

BENT ROSENBAUM¹, KRISTIAN VALBAK², SUSANNE HARDER³, PER KNUDSEN⁴, ANNE KØSTER⁵, MATILDE LAJER⁶, ANNE LINDHARDT⁵, GERDA WINTHNER⁷, LONE PETERSEN⁸, PER JØRGENSEN², MERETE NORDENTOFT⁸, ANNE HELMS ANDREASEN⁹

¹Centre of Psychiatry Glostrup, Copenhagen University, Ndr. Ringvej, DK-2600 Glostrup; ²Psychiatric University Hospital, Aarhus; ³Department of Psychology, University of Copenhagen; ⁴Department of Psychiatry, Amager Hospital, Copenhagen University; ⁵Department of Psychiatry, State University Hospital, Copenhagen; ⁶Psychiatric Hospital South, South Jutland County; ⁷Private practice, Copenhagen; ⁸Department of Psychiatry, Bispebjerg Hospital, Copenhagen University; ⁹Research Centre for Prevention and Health, Copenhagen County, Denmark

Durante las dos últimas décadas se ha puesto gran interés en las intervenciones terapéuticas en pacientes con un primer episodio de psicosis, con el objetivo de mejorar la evolución y los resultados obtenidos en los pacientes que sufren trastornos del grupo de la esquizofrenia. El Danish National Schizophrenia Project se inició en 1997, seleccionando pacientes de 16 a 35 años de edad que habían sufrido un primer episodio psicótico correspondiente a un trastorno del espectro de la esquizofrenia, según lo contempla la CIE-10 (F20-29). Este estudio se realizó de manera prospectiva y con un diseño longitudinal, con la participación de 16 centros de todo el país. El grupo de participantes estuvo constituido por 562 pacientes diagnosticados consecutivamente a lo largo de 2 años. Los pacientes fueron tratados mediante «psicoterapia psicodinámica de apoyo como complemento al tratamiento habitual», mediante «un programa terapéutico psicosocial y educativo, integrado y asertivo» o mediante «el tratamiento habitual». Al comienzo del estudio y al cabo del primero y segundo año se recogieron datos correspondientes a los síntomas y a la actividad social, así como datos de carácter sociodemográfico. Los tres grupos no presentaban diferencias al comienzo del estudio. Al cabo de un año, todos los pacientes habían mejorado significativamente respecto a sus síntomas y respecto a su función social. La mejoría se mantenía al cabo de 2 años. Al final del primer año, los pacientes pertenecientes a los dos grupos de intervención mostraron una mejoría mayor respecto a los síntomas y a la función social, en comparación con los pacientes del subgrupo de tratamiento habitual. La mejoría en los grupos de intervención se mantenía al final del segundo año. Los pacientes del grupo de tratamiento asertivo integrado evolucionaron mejor que los tratados mediante el método menos intensivo de psicoterapia psicodinámica de apoyo, mientras que los pacientes de este segundo grupo evolucionaron mejor que los del grupo de tratamiento habitual.

Palabras clave: primer episodio de psicosis, tratamiento integrado, psicoterapia psicodinámica de apoyo, evolución a los 2 años

Una hipótesis de carácter básico, propuesta originalmente en la década de 1950 y convertida posteriormente en objeto de investigación, supone que existe un período crítico durante los años siguientes al primer episodio de psicosis, un período en el que en la mente del paciente tienen lugar cambios biológicos y psicológicos clave y durante el cual se establecen los elementos predictivos de la evolución a largo plazo. Durante los 15 últimos años se han implementado iniciativas de carácter internacional para recoger datos que permitan demostrar que dicha suposición está basada en la evidencia y para evaluar los resultados a largo plazo de las intervenciones terapéuticas aplicadas durante el período crítico señalado (1-9).

Diversos factores contribuyeron a que, en los últimos años de la década de 1990, la investigación clínica danesa aportara una significativa contribución al campo de la prevención secundaria temprana de la esquizofrenia y de las enfermedades relacionadas con ésta. Varios años antes, en Dinamarca se había efectuado un estudio sobre el abordaje psicoterapéutico temprano de la esquizofrenia (1), pero el pequeño tamaño del grupo de participantes aconsejó la realización de un nuevo estudio de mayor envergadura.

Por otra parte, a comienzos de la década de 1990 se publicaron en Dinamarca cifras relativas a la criminalidad, el suicidio y la falta de vivienda en los pacientes con esquizofrenia. El gobierno dedicó presupuestos para la investigación y la solución de estos problemas, así como para minimizar las dificultades individuales que impedían a los psicóticos jóvenes la participación en el mercado laboral y obligarlos a solicitar una pensión social desde su juventud. Se solicitó la aplicación de programas de intervención terapéutica temprana, rápida y continuada tras la aparición de los primeros signos de psicosis.

Desde la década de 1930, el Danish Mental Health Service ha mantenido una tradición de equidad en el acceso a sus servicios y de ofrecimiento de tratamiento gratuito para todos los ciudada-

nos, con independencia de su lugar de residencia, sus ingresos económicos, su raza o su religión. En este sistema de bienestar no hay hospitales o clínicas psiquiátricos privados para la atención de las enfermedades psiquiátricas graves. Los tratamientos psiquiátricos se organizan según un sistema de Psiquiatría sectorial, en el que los centros de salud mental (atendidos por una plantilla de 6 a 20 personas), localizados en el exterior de las instalaciones hospitalarias, trabajan en estrecho contacto con las unidades del hospital. Los médicos generales y los especialistas que ejercen en la práctica privada sólo atienden a un porcentaje pequeño de los pacientes con esquizofrenia y cuadros relacionados. Se puede considerar que las vías de acceso al tratamiento de los pacientes psiquiátricos y la calidad de su asistencia son iguales en todo el país.

MÉTODOS

El Danish National Schizophrenia Project es un estudio prospectivo, comparativo y de diseño longitudinal en el que se llevó a cabo un período mínimo de intervención terapéutica de 2 años, evaluando a los participantes al inicio del estudio y al primero, segundo y quinto año a partir de ese momento (10). Los participantes fueron asignados a tres grupos de tratamiento distintos: a) «psicoterapia psicodinámica de apoyo» (n = 119), en el que se programaron sesiones individuales de psicoterapia de apoyo (una sesión semanal de 45 minutos durante un período de 1-3 años) basadas en manuales, sesiones de psicoterapia de grupo (una sesión semanal de 60 minutos durante un período de 1-3 años) o ambas, además del tratamiento habitual; b) «tratamiento integrado» (n = 139), en el que se aplicó un bloque terapéutico integrado (un programa de 2 años de duración consistente en tratamiento comunitario asertivo, tratamiento multifamiliar psicoeducativo, formación en habilidades sociales y medicamentos an-

tipsicóticos) (11); c) el tratamiento habitual (n = 304), en el que fue posible aplicar muchos abordajes terapéuticos distintos (métodos psicológicos, medicación, orientación médica y tratamiento por parte de los servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios), según las necesidades de los pacientes y según los recursos disponibles en el centro asistencial psiquiátrico en el momento del tratamiento, sin utilizar ningún programa preestablecido.

Los participantes, de 16 a 35 años y atendidos consecutivamente, eran pacientes que habían presentado un primer episodio de psicosis correspondiente al espectro de la esquizofrenia (CIE-10, F20-29). Todos los pacientes otorgaron por escrito su consentimiento informado, aunque no necesariamente en la fase inicial del tratamiento. Fueron criterios de exclusión respecto a la participación en el estudio el diagnóstico de retraso mental o de algún otro proceso patológico cerebral orgánico, los cuadros graves de abuso de alcohol o sustancias, y la falta de una competencia suficiente en el idioma danés.

Los pacientes con un primer episodio de psicosis, atendidos en la comunidad psiquiátrica hospitalaria o en el centro de salud mental comunitario, fueron evaluados sistemáticamente durante las dos primeras semanas y considerados idóneos para la participación en el estudio si cumplían los criterios ya señalados. Las evaluaciones fueron realizadas por equipos de investigación independientes y especialmente formados, en conexión con cada centro asistencial.

La batería de tests se aplicó al poco tiempo del inicio de la participación de los pacientes en el estudio y también al final del primero y segundo año. En esta batería se incluyeron las variables siguientes: a) datos demográficos y socioeconómicos; b) diagnóstico según los criterios de investigación de la CIE-10 determinados a través de la observación y el juicio clínicos, y confirmados posteriormente mediante la Operational Criteria Checklist for Psychotic Illness (OPCRIT) (12); c) el estado clínico, determinado mediante la OPCRIT, la Global Assessment of Functioning (GAF), en el DSM-IV (13), la Strauss-Carpenter Outcome Scale (14, 15) y la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (16).

La psicoterapia psicodinámica de apoyo y el tratamiento integrado se realizaron según las especificaciones de los manuales. Con objeto de potenciar el grado de cumplimiento de las especificaciones de los manuales, se efectuó una supervisión regular respecto a ambos tipos de intervención. La psicoterapia psicodinámica de manual para el tratamiento de grupo y para los tratamientos individuales estuvo centrada en una cognición realista de los acontecimientos psicosociales (incluyendo las actitudes hacia la enfermedad y la medicación, el establecimiento de objetivos sociales realistas y las interacciones significativas desde un punto de vista afectivo en las relaciones interpersonales cotidianas), y tuvo como objetivo principal el conocimiento de las emociones anteriores y actuales. Los manuales describían las fases inicial, intermedia y final del tratamiento dinámico.

El tratamiento familiar psicoeducativo se aplicó según las especificaciones de manual de McFarlane y cols. (17). El objetivo de cada sesión fue la resolución de problemas y el desarrollo de habilidades para la superación de los distintos aspectos de la enfermedad. La formación en habilidades sociales se aplicó según especificaciones de manual en función de módulos seleccionados correspondientes a Liberman (18) y Bellack (19).

Se utilizó un análisis de regresión logística con ecuaciones de estimación generalizadas respecto a las variables dicotómicas, y un análisis con modelos lineales mixtos para las variables continuas. Estos métodos permitieron la comparación de los tres grupos tanto al inicio del estudio como al primero y segundo año, y se determinaron las diferencias existentes entre los grupos en los tres momentos de evaluación. Para el cálculo de las modificaciones detectadas entre el inicio del estudio, el primer año y el segundo año, los análisis se ajustaron respecto a los va-

lores iniciales. Todas las pruebas estadísticas fueron bilaterales, y el nivel de significación se estableció en 0,05. Para la interpretación de los resultados se aplicó la corrección de Bonferroni.

RESULTADOS

En total, cumplieron los criterios de participación en el estudio y otorgaron su consentimiento informado 562 pacientes (361 varones y 201 mujeres; intervalo de edad = 16,2-35,9 años; media = 24,1 años), principalmente de origen nórdico (92 %).

Los tres grupos eran similares al comienzo del estudio en cuanto a la edad, el diagnóstico, la puntuación PANSS positiva, la puntuación GAF sintomática, la puntuación GAF funcional, la puntuación GAF total y las hospitalizaciones o episodios asistenciales ambulatorios durante el año anterior al comienzo del estudio.

Al final del primero y segundo año se obtuvieron datos de 450 (80 %) y 362 (64,4 %) pacientes, respectivamente. El resto de los pacientes de los tres grupos no presentó diferencias respecto al grupo en el que no se obtuvieron datos relativos a la edad, el sexo, el diagnóstico y las puntuaciones GAF y PANSS totales. Entre los tres grupos estudiados no hubo diferencias sociodemográficas al primero y segundo año. En el grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia F20, el 80% participó en la valoración al final del primer año, y el 68 % participó en la valoración al final del segundo año.

Al final del primer año se observó una mejoría significativa en las puntuaciones GAF sintomática, GAF funcional, GAF total, PANSS de síntomas positivos ($p < 0,0001$) y PANSS de síntomas negativos ($p < 0,04$), al analizar en conjunto los tres grupos. Más de la mitad de los pacientes (54 %) tenía más contacto con amigos al final del primer año, en comparación con el inicio del estudio; el 18 % tenía más trabajo, y el 58 % presentaba síntomas de menor gravedad. Al final del segundo año, esta misma comparación demostró que el 57 % tenía más contacto con amigos; el 27 %, más trabajo, y el 65 %, menos síntomas.

De la misma manera, entre el inicio del estudio y el final del segundo año se observaron modificaciones significativas en las variables GAF y PANSS ($p < 0,0001$) al analizar en conjunto los tres grupos de tratamiento. En general, las modificaciones entre el inicio del estudio y el final del primer año fueron más intensas que las que tuvieron lugar entre el final del primer año y el final del segundo. Sin embargo, las modificaciones al final del segundo año fueron significativas en cuanto a las puntuaciones GAF sintomática, GAF total y PANSS negativa ($p < 0,009$) (tabla 1).

La comparación de la mejoría detectada en los tres grupos al final del primer año puso en evidencia una tendencia clara en favor de los dos grupos de intervención, en comparación con el grupo de tratamiento habitual. Al incluir en los análisis el abuso de sustancias y alcohol en forma de factores de sesgo, se observó que las dos intervenciones terapéuticas dieron lugar a mejorías significativas en las puntuaciones GAF funcional ($p < 0,02$) y PANSS negativa ($p < 0,02$); la significación estadística se mantuvo tras la aplicación de la corrección de Bonferroni.

Al final del segundo año, los dos grupos de intervención presentaban una mejoría superior a la del grupo de tratamiento habitual con respecto a las puntuaciones GAF funcional, GAF total y PANSS positiva. El tratamiento integrado fue el que dio lugar a la mayor mejoría, que alcanzó significación estadística en la comparación con el tratamiento habitual respecto a las puntuaciones GAF y PANSS, excepto en la puntuación GAF sintomática (tabla 1). Tras la corrección de Bonferroni, las puntuaciones PANSS negativa y GAF funcional mantuvieron la significación estadística.

Tabla 1. Resultados clínicos y sociales obtenidos en pacientes con un primer episodio psicótico tratados mediante tres modalidades terapéuticas diferentes: modificaciones entre el inicio del estudio y el segundo año

	PPA	TI	TC	p
Puntuación GAF sintomática	4,60 (-0,93; 10,13)	6,06 (-0,63; 12,75)	0	0,1072
Puntuación GAF funcional	4,04 (-0,60; 8,68)	7,20 (2,46; 11,94)	0	0,0086
Puntuación GAF total	3,63 (-1,13; 8,39)	6,42 (1,22; 11,62)	0	0,0400
Puntuación PANSS de síntomas positivos	-1,27 (-2,79; 0,25)	-1,96 (-3,59; -0,32)	0	0,0406
Puntuación PANSS de síntomas negativos	1,73 (-0,46; 3,91)	-3,05 (-5,57; -0,54)	0	0,0035

Los resultados proceden de un modelo mixto lineal generalizado (cociente de posibilidades, odds ratio) o de un modelo mixto lineal (estimación de parámetros) con un intervalo de confianza del 95 %, ajustado respecto a los valores iniciales.

GAF: Global Assessment of Functioning; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; PPA: psicoterapia psicodinámica de apoyo; TC: tratamiento convencional; TI: tratamiento integrado.

DISCUSIÓN

Los puntos más relevantes del estudio fueron: a) el elevado número de pacientes atendidos consecutivamente; b) la inclusión de centros de tratamiento de tipos distintos (pequeños/grandes, urbanos/rurales, universitarios/no universitarios) en los tres grupos de comparación; c) el porcentaje de la población danesa cubierto por el estudio (aproximadamente, el 45 %); d) la comparación de dos modalidades terapéuticas distintas con un tratamiento convencional de calidad supuestamente elevada; e) la aplicación del tratamiento principalmente por terapeutas con formación media y no por clínicos expertos.

Por todo lo señalado, el Danish National Schizophrenia Project se llevó a cabo de una forma naturalista y realista, imitando las condiciones naturales del National Health System en ese período de su desarrollo (1998-2000). Así, es posible la generalización de sus resultados y la posibilidad de recomendar en el futuro el uso de parámetros clínicos y métodos terapéuticos en la práctica cotidiana de la Psiquiatría. Además, los resultados obtenidos son congruentes con la evidencia actual que indica que los programas terapéuticos y los estudios de eficacia integrados y definidos de manera pragmática son más útiles para la planificación de la prevención de la esquizofrenia que los modelos reguladores y los estudios de eficacia definidos de manera estrecha (20).

Un elemento positivo adicional es la conformación de una red sostenible y duradera de centros que colaboraron con los mismos métodos de tratamiento, las mismas escalas de medición y los mismos valores terapéuticos. La colaboración requiere un espíritu un tanto idealista, y se debe intentar a pesar de la posibilidad de que no exista financiación. La recompensa que recibe cada centro es la capacitación de los entrevistadores en el uso de las escalas psicométricas y de los terapeutas en los métodos terapéuticos seleccionados.

En el estudio se observó que el tratamiento integrado y la psicoterapia psicodinámica de apoyo pueden mejorar la evolución al cabo de un año de tratamiento en los pacientes que sufren un primer episodio de psicosis, en comparación con la aplicación del tratamiento habitual. Al cabo de dos años esta tendencia se mantuvo claramente y con significación estadística con respecto a algunas de las variables PANSS y GAF del tratamiento integrado.

En estudios previos se han obtenido resultados positivos con distintos tipos de programas terapéuticos integrados, en comparación con el tratamiento convencional (21). Estos programas contienen elementos curativos diferentes, y en algunos de ellos también se incluye la posibilidad de ofrecer psicoterapia psicodinámica a pacientes seleccionados. No obstante, es imposible determinar de manera inmediata cuáles son los factores curativos específicos de los programas integrados. Los posibles factores curativos en el tratamiento integrado aplicado en nuestro estudio son: a) la terapia multifamiliar y la implicación rápida, constante, integrada y a largo plazo del equipo terapéutico, con una carga de

trabajo baja (10 pacientes por cada terapeuta), dedicando más horas por semana al paciente, en comparación con la hora semanal de psicoterapia individual, como complemento del tratamiento habitual; b) el establecimiento del retorno al mercado laboral, a las actividades formativas o a otros programas educativos como objetivos específicos; c) el objetivo específico de revertir la situación del paciente, desde la hospitalización hasta la asistencia ambulatoria, y d) el abordaje cognitivo y la formación en habilidades sociales.

En estudios previos en los que se ha realizado la comparación de la psicoterapia psicodinámica con el tratamiento convencional se han obtenido resultados diversos, algunos de ellos favorables al tratamiento psicodinámico (22) y otros desfavorables a éste (23). Los resultados positivos se han asociado principalmente a la participación de terapeutas con gran experiencia que podrían crear y mantener rápidamente una alianza terapéutica con los pacientes. Sin embargo, en ninguno de los estudios ya publicados se ha evaluado el primer episodio de psicosis, de manera que los resultados obtenidos en estos estudios anteriores sobre la psicoterapia en la esquizofrenia no se pueden aplicar a los pacientes que participaron en el nuestro.

Los posibles factores curativos en la psicoterapia psicodinámica de apoyo utilizada en nuestro estudio son los siguientes: a) el establecimiento de una alianza terapéutica sostenible; b) el uso de las interacciones en el espacio terapéutico para la comprensión de las emociones y los aspectos cognitivos en la comunicación cotidiana y en los procesos psicosociales; c) la concienciación por parte de los pacientes de los aspectos útiles y destructivos de sus estilos de superación y de sus mecanismos de defensa; d) la ayuda a los pacientes para la integración de sus sentimientos y sus narrativas (conversión de las impresiones sensoriales en pensamientos y de los pensamientos en razonamientos); e) la focalización en los aspectos no psicóticos del ser humano y el abordaje de los aspectos psicóticos a partir de esta perspectiva; f) reorientación de la mente en su proceso de superación y de defensa frente a las pérdidas dolorosas que ha experimentado previamente. Los programas integrados que se apliquen en el futuro pueden considerar también la integración de estos aspectos psicodinámicos en el tratamiento.

Una limitación de nuestro estudio es la inexistencia de un procedimiento de asignación aleatoria individual de todos los pacientes. Otra limitación a la interpretación de los resultados es la falta de datos del 32 % de los pacientes al cabo de dos años. Este problema fue inesperado y se debió principalmente a la situación creada en uno de los principales centros participantes. Una tercera limitación es el número relativamente escaso de variables utilizadas en el proyecto para comparar las tres modalidades terapéuticas. No obstante, hay otros proyectos que utilizarán más variables para la comparación por separado del tratamiento integrado y de la psicoterapia psicodinámica de apoyo con el tratamiento convencional.

Agradecimientos

Una beca de 6 años de duración proporcionada por el Danish Ministry of Health ha permitido llevar a cabo la fase de tratamiento del proyecto. La Health Insurance Foundation ha apoyado amablemente el proyecto en su fase final. Las provincias en las que se ha realizado el proyecto han contribuido económicamente en distinto grado. Los autores quieren agradecer la buena disposición de los siguientes centros participantes: el Broenderslev Psychiatric Hospital; la Psychiatric Unit Herning; el Psychiatric Hospital de Aarhus; el Psychiatric Hospital de Middelfart; el Psychiatric Hospital Nykøbing Sj.; los Psychiatric Departments de Roskilde County; el Slagelse Hospital Department of Psychiatry; el Holbæk Hospital Department of Child and Adolescence Psychiatry; el Sct. Hans Hospital Roskilde Department U7; el Dianalund; el Psychiatric Center Glostrup; el Bispebjerg Hospital Departments of Psychiatry U and E, y el Frederiksborg County Hospital Hilleroed.

World Psychiatry 2006; 4: 100-103

Bibliografía

1. Alanen YO, Ugelstad E, Armelius B-Å et al. Early treatment for schizophrenic patients. Scandinavian psychotherapeutic approaches. Oslo: Scandinavian University Press, 1994.
2. Cullberg J, Levander S, Holmquist R et al. One-year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish Parachute project. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:276-85.
3. Emsley RA. Risperidone in the treatment of first-episode psychotic patients: a double-blind multicenter study. Risperidone Working Group. *Schizophr Bull* 1999;25:721-9.
4. Falloon IRH, Kydd RR, Coverdale JH et al. Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996;22:271-82.
5. Jackson H, McGorry P, Henry L et al. Cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE): a 1-year follow-up. *Br J Clin Psychol* 2001;40(Pt. 1):57-70.
6. Larsen TK, Johannessen JO, Opjordsmoen S. First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis. Pathways to care. *Br J Psychiatry* 1998;172(Suppl. 33):45-52.
7. Lehtinen V, Aaltonen J, Koffert T et al. Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *Eur Psychiatry* 2000; 15:312-20.
8. Linszen D, Dingemans P, Lenior M. Early intervention and a five year follow up in young adults with a short duration of untreated psychosis: ethical implications. *Schizophr Res* 2001;51:55-61.
9. Wyatt R. Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1991;17:325-51.
10. Rosenbaum B, Valbak K, Harder S et al. The Danish National Schizophrenia Project: prospective, comparative, longitudinal treatment study of first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 2005; 186:394-9.
11. Petersen L, Jeppesen P, Thorup A et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *Br Med J* 2005;331:602-8.
12. McGuffin P, Farmer A, Harvey I. A polydiagnostical application of operational criteria in studies of psychotic illness. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:764-71.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
14. Strauss JS, Carpenter WT. The prediction of outcome in schizophrenia. II: Relationships between prediction and outcome variables. *Arch Gen Psychiatry* 1974;31:37-42.
15. Strauss JS, Carpenter WT. Prediction of outcome in schizophrenia. III: Five-year outcome and its predictors. *Arch Gen Psychiatry* 1977;34:159-63.
16. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:261-76.
17. McFarlane WR, Lukens E, Link B et al. Multi-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:679-87.
18. Liberman RP, Wallace CJ, Jacobs HE et al. Training skills in the psychiatrically disabled. *Schizophr Bull* 1986;12:631-47.
19. Bellack AS, Mueser KT, Gingerich J. Social skills training for schizophrenia. New York: Guilford, 1997.
20. Lebowitz BD, Pearson JL. Intervention research in psychosis: prevention trials. *Schizophr Bull* 2001;26:543-9.
21. Martindale B, Bateman A, Crowe M et al. (eds). Psychosis: psychological approaches and their effectiveness. London: Gaskell, 2000.
22. Karon BP, Van den Bos GR. Psychotherapy of schizophrenia: the treatment of choice. Northvale: Jason Aronson, 1981.
23. May PRA. Treatment of schizophrenia: a comparative study of five treatment methods. New York: Science House, 1968.

¿Influyen las creencias respecto a la etiología de la enfermedad mental en las actitudes personales frente a ella?

OYE GUREJE¹, BENJAMIN OLADAPO OLLEY², OLUSOLA EPHRAIM-OLUWANUGA¹, LOLA KOLA³

¹Department of Psychiatry, ²Department of Psychology, ³Department of Sociology, University of Ibadan, PMB 5116, Ibadan, Nigeria

En varios estudios se ha señalado que las actitudes de estigmatización respecto a la enfermedad mental están muy difundidas en todas las comunidades del mundo. Sin embargo, no se ha determinado si a partir de los puntos de vista relativos a la etiología de los trastornos mentales es posible identificar a las personas con actitudes más negativas. A través de los datos obtenidos en un estudio de carácter comunitario realizado para conocer las actitudes frente a la enfermedad mental en Nigeria, hemos evaluado las relaciones existentes entre los puntos de vista relativos a las causas de estas enfermedades y las actitudes hacia ellas. Las personas que sostienen exclusivamente puntos de vista biopsicosociales con respecto al origen de la enfermedad mental no presentaron características diferentes –en cuanto a sus características sociodemográficas– de las que sostienen exclusivamente puntos de vista de carácter religioso-mágico, y ambos grupos no fueron muy diferentes cuando se comparó su conocimiento general acerca de la naturaleza de la enfermedad mental. Sin embargo, los puntos de vista de carácter religioso-mágico se asociaron con mayor frecuencia a actitudes negativas y de estigmatización de los enfermos mentales. Los resultados obtenidos en este estudio demuestran las dificultades que conllevan el desarrollo y la aplicación de un programa educativo para modificar las actitudes sociales frente a la enfermedad mental.

Palabras clave: enfermedad mental, estigma, creencias respecto a la etiología

Varios autores han señalado que una forma eficaz de modificar las actitudes sociales frente a los enfermos mentales y reducir así la estigmatización de la enfermedad mental es a través de la educación. El contenido de estos programas educativos debería incluir la provisión de información respecto a la naturaleza y el origen de la enfermedad mental. Sin embargo, no está claro en qué medida los puntos de vista relativos a las causas están relacionados con las actitudes frente a la enfermedad mental o con el conocimiento de la naturaleza de la enfermedad mental.

Hasta el momento son pocos los estudios que han relacionado las creencias respecto al origen con el conocimiento general de la enfermedad mental y con su estigmatización por parte de la sociedad. Por supuesto, es posible considerar que las creencias relativas a las causas reflejan el conocimiento general y que ambos factores influyen en la actitud personal. Se ha demostrado que las creencias erróneas respecto a las causas y la falta de un conocimiento adecuado son elementos que están asociados al mantenimiento de actitudes negativas profundamente enraizadas respecto a la enfermedad mental (1). Por el contrario, también se ha demostrado que un mayor conocimiento con frecuencia mejora las actitudes hacia las personas que sufren enfermedades mentales (2), y que la creencia de que estas enfermedades son tratables puede ayudar a la búsqueda de tratamiento y a una mejor evolución de los pacientes. Stuart y Arboleda-Flórez (2) demostraron que el conocimiento acerca de la enfermedad, y no simplemente la exposición a ella, constituye un correlato fundamental y modificable de las actitudes negativas. Así, podría considerarse que el aumento del conocimiento con respecto al origen de las enfermedades mentales puede mejorar el conocimiento global acerca de ellas y facilitar una actitud más tolerante frente a las personas que las sufren.

En una encuesta realizada a lo largo de un período de 8 años en Australia y Japón para evaluar las modificaciones de las creencias de la sociedad acerca de las variables sociales y ambientales como factores de riesgo para el padecimiento de trastornos mentales, Nakane y cols. (3) observaron un incremento en la proporción de personas que creía en las causas genéticas tanto de la depresión como de la esquizofrenia, y consideraron que este conocimiento podría deberse a la publicidad relacionada con los proyectos del genoma. Aunque se observó un aumento en la creencia en las causas biológicas, no fue a costa de la creencia en las causas sociales (4).

Hay pruebas que demuestran la existencia de significativas diferencias nacionales (o, quizá, culturales) en las creencias relati-

vas a las causas de la enfermedad mental. Por ejemplo, en el estudio realizado por Nakane y cols. (3) las causas predominantes de la enfermedad mental señaladas en Australia fueron las infecciones, las alergias y las alteraciones genéticas, mientras que las señaladas en Japón fueron el nerviosismo y la debilidad constitucional (3). En otro estudio comparativo efectuado en adultos jóvenes, en Hong Kong e Inglaterra, se observó que en Hong Kong los jóvenes consideraban que la causa más probable de la esquizofrenia eran los factores sociales, mientras que en Inglaterra los jóvenes consideraron los factores genéticos como la causa más probable (5). En Turquía, aproximadamente el 60 % de un grupo de población rural consideró que la debilidad personal podría ser una causa de la esquizofrenia (6). En un estudio reciente (7), los autores de este artículo observaron que hasta la tercera parte de un gran grupo de encuestados del contexto comunitario en Nigeria señaló que la causa de la enfermedad mental podría ser el estado de posesión por espíritus malignos.

En este artículo se analizan las relaciones existentes entre las creencias relativas a las causas de la enfermedad mental, por un lado, y el conocimiento de la naturaleza de esta enfermedad y las actitudes frente a los enfermos mentales, por otro. Para ello, se han comparado las consideraciones de los encuestados que sostenían una etiología social, psicológica o biológica (denominada etiología «biopsicosocial») con las consideraciones de los encuestados que creían en una etiología sobrenatural o religiosa (denominada etiología «religioso-mágica») en cuanto a sus puntos de vista y actitudes frente a los enfermos mentales. La hipótesis planteada por los investigadores es que las personas que sostienen un origen biopsicosocial de la enfermedad mental poseen un conocimiento más detallado de la naturaleza de estas enfermedades y mantienen una actitud de estigmatización menor respecto a los enfermos que las padecen.

MÉTODOS

La encuesta se llevó a cabo en tres provincias de habla Yoruba situadas en el sudoeste de Nigeria (Ogun, Osun y Oyo), entre marzo y agosto de 2002. Se implementó un muestreo probabilístico estratificado, multifásico y agrupado de personas que residían en sus hogares y que tenían una edad de 18 años o más. En primer lugar, la estratificación se realizó en función de los estados (tres categorías) y del tamaño de las unidades de la fase primaria,

que eran las áreas del gobierno local (dos categorías). La segunda fase consistió en la selección de dos unidades de fase primaria por estrato, con una probabilidad de selección proporcional a su tamaño. La tercera fase fue la selección aleatoria de cuatro áreas de enumeración por cada área de gobierno local. La selección se realizó a través de los hogares enumerados en las áreas seleccionadas. Finalmente, en cada hogar seleccionado se estableció contacto con uno de sus residentes de 18 años o más, para su participación en la encuesta. Se utilizó el método Kish para identificar al posible encuestado (8). Los cuestionarios de la encuesta fueron aplicados por entrevistadores formados pertenecientes al Department of Psychiatry de la University of Ibadan. El estudio fue aprobado por el comité de ética conjunto de la University of Ibadan y del University College Hospital. En la encuesta participó un total de 2.040 personas, con un índice de respuesta del 74,2 %.

Se utilizó una versión modificada del cuestionario desarrollado por el World Psychiatric Association Programme to Reduce Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia (2, 9). Este cuestionario está centrado principalmente en el conocimiento de la esquizofrenia y en las actitudes hacia esta enfermedad. Entre otras cosas, se solicita a los encuestados que ofrezcan sus puntos de vista respecto a las causas de la enfermedad mental. Los encuestados pueden elegir tres posibles causas de una lista que se les ofrece: enfermedad cerebral, infección intrauterina, herencia genética, bajo nivel educativo, abuso físico, abuso de sustancias o alcohol, estrés, episodio traumático o conmoción, pobreza, factores biológicos (distintos de la enfermedad cerebral o la herencia genética), estado de posesión por espíritus malignos y castigo divino. El cuestionario fue modificado para considerar el objetivo de esta encuesta, que era la enfermedad mental y no específicamente la esquizofrenia. Así, además de sustituir el término de «esquizofrenia» por el de «enfermedad mental», se eliminaron los ítems específicos relacionados con los síntomas de la esquizofrenia. El cuestionario fue traducido al Yoruba por un grupo de investigadores bilingües en salud mental mediante el método de retrotraducción iterativa.

Se compararon dos grupos de encuestados: los que sostenían exclusivamente una etiología biopsicosocial de la enfermedad mental y los que sostenían exclusivamente una etiología religiosa o mágica. El primer grupo estuvo constituido por personas que entre las causas de la enfermedad mental de la lista que se les ofreció no incluyeron el «estado de posesión por espíritus malignos» ni el «castigo divino». El segundo grupo estuvo constituido por personas que seleccionaron únicamente el «estado de posesión por espíritus malignos» o el «castigo divino», pero no otras causas de la lista. Al agrupar a los encuestados de esta manera no se tuvo en cuenta el ítem «abuso de sustancias o del alcohol», debido a que se observó que este punto de vista respecto a la etiología (seleccionado por más del 80 % de los encuestados) no tenía valor discriminativo entre ambos grupos.

Los resultados obtenidos fueron ponderados para reflejar la probabilidad de selección en cada hogar participante doméstica y para incorporar un ajuste postestratificación, tal como la consideración de que la muestra es representativa de la edad, mediante la distribución por sexos de la población estimada de Nigeria en el año 2000. El nivel de ingresos económicos se clasificó en cuatro grupos: «bajo» (definido como ingresos económicos inferiores o iguales a la media de los ingresos por hogar, antes de la deducción de impuestos), «medio bajo» (hasta el doble del valor medio del nivel «bajo»), «medio alto» (hasta el triple del valor medio del nivel «medio bajo») y «alto» (superior al nivel «medio alto»). El lugar de residencia se clasificó como rural (menos de 12.000 viviendas), semiurbano (12.000-20.000 viviendas por área de gobierno local) y urbano (más de 20.000 viviendas).

Para calcular las proporciones y sus distribuciones en los distintos grupos se utilizaron tabulaciones cruzadas simples. Con el objeto de considerar en el análisis el procedimiento de muestreo, el agrupamiento y la ponderación de los casos, se estimaron los errores estándar de las proporciones mediante métodos de salto implementados en el programa informático STATA. La significación estadística se estableció en 0,05 y estuvo fundamentada en pruebas con diseño bilateral.

RESULTADOS

Se clasificó a un total de 1.163 personas en alguno de dos grupos excluyentes: el 84,6 % en el grupo biopsicosocial y el 15,4 % en el grupo religioso-mágico.

La tabla 1 muestra las características sociodemográficas de los participantes que respondieron a la encuesta. No hubo diferencias entre ambos grupos respecto a ninguno de los factores considerados. En congruencia con el perfil de la población de Nigeria, la mayor parte de los encuestados tenía menos de 40 años de edad. Sólo una minoría había recibido escolarización durante 13 años o más. Sólo unos pocos participantes de cada grupo habían trabajado en algún centro en el que se ofreciera tratamiento a pa-

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

	Punto de vista biopsicosocial de la etiología (n = 984)	Punto de vista religioso-mágico de la etiología (n = 179)	p
<i>Sexo (%)</i>			
Femenino	50,7	45,3	0,244
<i>Años de escolarización (%)</i>			
0	15,8	15,7	
1-6	23,7	22,5	0,949
7-12	42,5	44,1	
13+	18,0	17,7	
<i>Edad (años, %)</i>			
18-25	32,9	33,0	
26-40	40,1	33,6	0,319
41-64	20,9	27,6	
+ 65	6,1	5,8	
<i>Nivel de ingresos económicos (%)</i>			
Alto	47,6	47,9	
Medio alto	16,3	23,1	0,184
Medio bajo	27,3	21,7	
Bajo	8,8	7,3	
<i>¿Casado en la actualidad? (%)</i>			
Si	62,2	61,3	0,832
<i>Residencia (%)</i>			
Zona urbana	43,6	39,3	
Zona semiurbana	26,0	30,7	0,372
Zona rural	30,4	30,0	
<i>¿Ha trabajado en algún centro de tratamiento de enfermos mentales? (%)</i>			
Si	2,0	2,6	0,720
<i>¿Ha recibido tratamiento por una enfermedad mental o ha conocido a alguien que haya recibido tratamiento por una enfermedad mental? (%)</i>			
Si	4,8	5,0	0,874

cientes con enfermedad mental o respondieron afirmativamente a la pregunta de si ellos mismos o alguna persona de su conocimiento había sufrido alguna enfermedad mental.

En términos generales, el conocimiento de la enfermedad mental fue escaso. La tabla 2 demuestra que sólo una minoría sostiene puntos de vista tales como la posibilidad del tratamiento adecuado de la enfermedad mental fuera del hospital o la posibilidad de que las personas que sufren una enfermedad mental puedan trabajar de manera regular. Hubo dos diferencias significativas entre los grupos con respecto al conocimiento de la enfermedad mental: las personas con un punto de vista biopsicosocial de la etiología presentaron una probabilidad mayor de creer en la posibilidad del tratamiento adecuado de la enfermedad mental fuera del contexto hospitalario, aunque también mostraron una probabilidad mayor de presentar el punto de vista de que las personas que sufren una enfermedad mental escuchan voces extrañas que les dicen lo que tienen que hacer (a pesar de que esta segunda diferencia entre ambos grupos fue mucho menor que la primera).

En congruencia con el escaso conocimiento general de la enfermedad, las actitudes frente a los enfermos mentales fueron predominantemente negativas. Sin embargo, se observó un patrón más constante en las diferencias entre ambos grupos con respecto a las actitudes personales. Excepto en cuanto a la buena voluntad para considerar la posibilidad de contraer matrimonio con una persona que sufra una enfermedad mental, respecto a la cual los participantes clasificados en el grupo biopsicosocial fueron ligeramente menos tolerantes que los clasificados en el grupo religioso-mágico, los participantes clasificados en el primer grupo presentaron, en el resto de las áreas evaluadas, una probabilidad mayor de sostener una actitud de aceptación de las personas que sufren una enfermedad mental. Las diferencias fueron significativas en dos áreas: el grupo biopsicosocial presentó una probabilidad menor de sentirse molesto o alterado por el hecho de trabajar junto a alguien que sufre una enfermedad mental, y una probabilidad mayor de considerar la posibilidad de ser amigo de una persona con estas características (tabla 3).

DISCUSIÓN

En este artículo se muestra que los puntos de vista acerca de la etiología de la enfermedad mental se asocian a actitudes frente a los enfermos mentales. A pesar de que el conocimiento general de la naturaleza de la enfermedad mental es uniformemente escaso entre las personas que sostienen un punto de vista de tipo biopsicosocial y también entre las que mantienen un punto de vista religioso-mágico, sin diferencias apreciables entre ambos grupos, sus actitudes frente a los enfermos mentales sí son significativamente distintas. El punto de vista biopsicosocial respecto a la etiología de la enfermedad mental se asocia a una actitud más tolerante y de menor estigmatización que el punto de vista fundamentado en creencias sobrenaturales.

Los resultados obtenidos en este estudio son complementarios de los obtenidos por los investigadores que han observado que los puntos de vista respecto a la etiología están estrechamente asociados con las actitudes de estigmatización de la enfermedad mental (10-12), así como que los programas educativos sobre la enfermedad mental dan lugar, con frecuencia, a una mejora de las actitudes (13, 14). Sin embargo, tal como ha señalado Haghghat (15), la relación existente entre el conocimiento de la enfermedad y las actitudes no es simple, y el juicio social está determinado a menudo por el componente de «sensación» de las actitudes, más que por el componente «cognitivo». Los resultados contradictorios obtenidos en nuestro estudio, que indican que las personas con puntos de vista de tipo biopsicosocial respecto a la etiología de la enfermedad que también presentaron una actitud más posi-

Tabla 2. Asociación entre los puntos de vista sobre la etiología y el conocimiento de la enfermedad mental

Ítems	Punto de vista biopsicosocial de la etiología (n = 984)	Punto de vista religioso-mágico de la etiología (n = 179)	χ^2	p
La enfermedad mental se puede tratar adecuadamente fuera del hospital	47,8	33,8	9,85	0,004
Los enfermos mentales suelen presentar retraso mental	92,4	90,0	1,65	0,211
Los enfermos mentales escuchan voces extrañas que les dicen lo que tienen que hacer	92,7	87,6	4,53	0,044
Los enfermos mentales necesitan fármacos prescritos por un médico	92,3	93,9	0,55	0,464
Los enfermos mentales constituyen una molestia para la gente	95,8	97,8	2,17	0,154
Los enfermos mentales pueden trabajar de manera regular	28,4	22,8	3,09	0,091
Los enfermos mentales son peligrosos debido a su comportamiento violento	96,7	96,2	0,08	0,777

Tabla 3. Asociación entre los puntos de vista sobre la etiología y las actitudes hacia los enfermos mentales

Ítems	Punto de vista biopsicosocial de la etiología (n = 984)	Punto de vista religioso-mágico de la etiología (n = 179)	χ^2	p
Tiene miedo a mantener una conversación con un enfermo mental	80,5	86,4	1,99	0,171
Le molesta o lo altera trabajar con un enfermo mental	77,2	84,8	10,01	0,004
Podría mantener amistad con un enfermo mental	20,5	11,4	4,56	0,043
No desea compartir su habitación con un enfermo mental	82,8	84,5	0,276	0,604
Sentiría vergüenza si la gente supiera que en algún familiar suyo se ha establecido el diagnóstico de enfermedad mental	82,7	86,1	1,599	0,218
Contraería matrimonio con un enfermo mental	3,5	3,7	0,029	0,866
Aceptación del establecimiento de un hogar de acogida para enfermos mentales en el vecindario propio:				
- lo aceptaría	42,4	40,8		
- no lo aceptaría	49,5	50,2	0,111	0,814
- le es indiferente	8,1	9,0		

tiva respecto a los enfermos mentales poseían, no obstante, un conocimiento general escaso de la enfermedad, revelan la complejidad de las relaciones entre el conocimiento de la enfermedad y las actitudes personales hacia ella.

La educación pública sigue siendo la única estrategia para cambiar las actitudes frente a la enfermedad mental. A pesar de los resultados contradictorios respecto a su eficacia (13, 16, 17), estos programas han ofrecido resultados prometedores en cuanto a la posibilidad de que las personas con actitudes estigmatizadoras reflexionen acerca de sus sensaciones y pensamientos y adquieran mayor prudencia (15, 18). En nuestra encuesta, las personas que mantenían puntos de vista de tipo religioso-mágico acerca de la etiología de la enfermedad mental fueron menos que las que mantenían puntos de vista de tipo biopsicosocial; sin embargo, de manera decepcionante, estas personas no fueron identificables en función de características sociales o demográficas que podrían haber sido útiles para definir los programas educativos dirigidos. Así, el desafío en nuestro contexto es diseñar estrategias que permitan incrementar el conocimiento general de la sociedad respecto a la enfermedad mental, ofreciendo, además, información dirigida a las personas que mantienen puntos de vista de tipo sobrenatural respecto las causas de la enfermedad mental, con la esperanza de mejorar sus actitudes frente a los enfermos mentales.

World Psychiatry 2006; 4: 104-107

Bibliografía

1. James A. Stigma of mental illness. Foreword. *Lancet* 1998;26:352.
2. Stuart H, Arboleda-Flórez J. Community attitudes towards people with schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2001;46:245-52.
3. Nakane Y, Jorm AF, Yoshioka K et al. Public beliefs about causes and risk factors of mental disorders: a comparison of Japan and Australia. *BMC Psychiatry* 2005;5:33.
4. Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: changes in Australia over 8 years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;4:764-7.
5. Kurumatani T, Ukawa K, Kawaguchi Y et al. Teachers' knowledge, beliefs and attitudes concerning schizophrenia: a cross-cultural approach in Japan and Taiwan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:402-9.
6. Taskin EO, Sen FS, Aydemir O et al. Public attitudes to schizophrenia in rural Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:586-92.
7. Gureje O, Lasebikan VO, Ephraim-Oluwanuga O et al. Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *Br J Psychiatry* 2005;186:436-41.
8. Kish L. Survey sampling. New York: Wiley, 1995.
9. World Psychiatric Association. Programme to reduce stigma and discrimination because of schizophrenia. <http://www.open-doors.com>.
10. Brockington I, Hall P, Levings J et al. The community's tolerance of the mentally ill. *Br J Psychiatry* 1993;162:93-9.
11. Bhugra D. Attitudes toward mental illness: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 1989;80:1-12.
12. Hayward P, Bright JA. Stigma and mental illness: a review and critique. *J Ment Health* 1997;6:345-50.
13. Penn D, Guynan K, Daily T et al. Dispelling the stigma of schizophrenia: what sort of information is best? *Schizophr Bull* 1994;20:567-78.
14. Morrison JK, Becker RE, Bourgeois CA. Decreasing adolescents' fear of mental patients by means of demythologizing. *Psychol Rep* 1979;44:855-9.
15. Haghghat R. A unitary theory of stigmatization: pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *Br J Psychiatry* 2001;178:207-15.
16. Wahl OF, Lefkowitz JY. Impact of a television film on attitudes about mental illness. *Am J Commun Psychol* 1989;17:521-8.
17. Wolff G, Pathare S, Craig T et al. Public education for community care: a new approach. *Br J Psychiatry* 1996;168:441-7.
18. Monteith MJ. Affective reactions to prejudice-related discrepant responses: the impact of standard salience. *Person Soc Psychol Bull* 1996;22:48-59.

Percepciones de las madres palestinas respecto a los problemas de salud mental infantil y los servicios disponibles

ABDEL AZIZ THABET¹, HOSSAM EL GAMMAL², PANOS VOSTANIS³

¹Al Quds University, School of Public Health, Gaza P.O. Box 5314, Palestine

²North Warwickshire Child Mental Health Service, G. Elliot House, College Street, Nuneaton CV 7D, UK

³Greenwood Institute of Child Health, University of Leicester, Westcotes House, Westcotes Drive, Leicester LE3 0QU, UK

Los objetivos de este estudio han sido evaluar las percepciones que poseen las madres palestinas de los problemas de salud mental infantil y sus conocimientos acerca de las causas de estos problemas; determinar el conocimiento que tienen las madres palestinas de los servicios y recursos existentes de ayuda y apoyo; identificar los profesionales comunitarios a los que podrían acudir las madres palestinas en el caso de que sus hijos presentaran problemas de salud mental, y establecer los puntos de vista de las madres palestinas respecto a las formas de incrementar el conocimiento de los problemas y servicios de salud mental infantil. Un total de 249 madres palestinas residentes en campos de refugiados de la Franja de Gaza respondió una encuesta relativa a estas cuestiones. Las madres palestinas percibieron, de manera similar a las madres occidentales, los síntomas emocionales, conductuales y psicóticos de sus hijos como indicativos de alteración de la salud mental. También percibieron las múltiples causas de los problemas psiquiátricos infantiles: los problemas familiares, las enfermedades psiquiátricas en los padres y los factores sociales adversos. Una proporción considerable (42,6 %) tenía conocimiento de los servicios locales de salud mental infantil. En conjunto, estas madres preferían los tratamientos de carácter occidental a los de tipo tradicional, y mostraban su disposición a incrementar el conocimiento acerca de la salud mental dentro de su entorno. A pesar de una tradición cultural distinta, las madres palestinas parecen abiertas a una amplia gama de servicios e intervenciones frente a los problemas de salud mental infantil. De igual manera que en otras sociedades no occidentales, la provisión de servicios de salud mental infantil se debe integrar con la asistencia sanitaria primaria, los colegios y las estructuras comunitarias ya existentes.

Palabras clave: madres, salud mental infantil, servicios de salud mental infantil, Palestina

Los factores socioculturales desempeñan un papel importante en las manifestaciones y el reconocimiento de los problemas y trastornos de la salud mental de los niños y los adolescentes (1, 2). Se ha observado que entre los distintos grupos culturales hay diferencias en las actitudes frente a la crianza de los hijos y en las expectativas hacia el comportamiento de los niños (3). Además, las diferencias transculturales parecen estar relacionadas con índices mayores de reconocimiento de problemas de internalización (retraimiento, problemas somáticos y síntomas de ansiedad/depresión) en las poblaciones infantiles no occidentales, y de problemas de externalización (problemas de atención y comportamientos delictivos y agresivos) en los grupos occidentales (4). La cultura no es el único factor que explica estas diferencias. Por ejemplo, los trastornos mentales infantiles pueden estar mediados por factores socioeconómicos adversos en todos los grupos culturales (1, 5).

Las diferencias transculturales parecen mantenerse cuando las personas migran a sociedades distintas. Se cree que existen diferencias entre la población indígena y las minorías étnicas que residen en países occidentales respecto al reconocimiento por parte de los padres de los problemas mentales de sus hijos (6). En algunos estudios se ha observado una prevalencia mayor de trastornos psiquiátricos en los niños de minorías étnicas que residen en países occidentales, aunque estos hallazgos están lejos de ser concluyentes, debido en parte a que se ha observado que los factores de riesgo dan lugar a efectos distintos en las diferentes comunidades (7-9). El conocimiento limitado que tienen las minorías étnicas acerca de los servicios adecuados existentes en su nueva comunidad de residencia puede limitar gravemente la utilización de dichos servicios (9). Se han efectuado abundantes estudios de investigación sobre la epidemiología de los trastornos psiquiátricos infantiles en las diferentes culturas y sociedades (10). En un estudio transnacional de carácter preliminar efectuado por la Organización Mundial de la Salud, fundamentado en las valoraciones de padres y profesores relativas a los problemas conductuales y emocionales infantiles, se demostró la existencia de grandes variaciones en los índices de prevalencia (del 7-19 % en los padres y del 4-14 % en los profesores) en Japón, China y Co-

rea (11). Esta variación puede reflejar diferencias en cuanto a la definición, la estimación y los umbrales de las alteraciones de la salud mental infantil (12), o una discrepancia global entre los distintos informantes: se ha observado que los padres presentan una sensibilidad mayor frente a los síntomas conductuales (externalización) y una sensibilidad menor frente a los síntomas emocionales (internalización) (13). Al utilizar entrevistas psiquiátricas o estimar los índices ponderados de prevalencia de los trastornos psiquiátricos infantiles, se han obtenido resultados similares a los de las sociedades occidentales (aproximadamente, el 10 %); por ejemplo, en estudios efectuados en el sur de India (14), Brasil (15) u Oriente Medio (16). Estos índices han sido mayores en las poblaciones clínicas, como los niños atendidos por los servicios de asistencia sanitaria primaria en Nigeria (17).

A pesar de los crecientes datos acerca de la elevada prevalencia de los problemas y trastornos de salud mental infantil en las sociedades no occidentales, son pocos los estudios de investigación realizados para determinar la forma en la que los padres de las distintas sociedades perciben estos problemas y para comprobar los tipos de apoyo, ayuda y servicios que les gustaría recibir. En particular, no se sabe si hay diferencias culturales y étnicas en las creencias de los padres respecto a las causas de los problemas infantiles y respecto a las intervenciones apropiadas frente a ellos (18). Estos datos son importantes para la planificación de los servicios de salud mental infantil y constituyen el fundamento del estudio que se recoge en este artículo y que se efectuó en madres palestinas residentes en la Franja de Gaza.

Tradicionalmente, en el mundo musulmán las fuerzas políticas y religiosas han estado siempre estrechamente vinculadas, y el islamismo representa un factor clave en todos los aspectos de la vida. Hasta hace relativamente poco tiempo, en la mayor parte de los países de Oriente Medio la enfermedad mental era considerada un estado de posesión por espíritus malignos, una consecuencia de la falta de cumplimiento de los rituales religiosos o un designio del destino (19). Hoy en día, la Psiquiatría está establecida adecuadamente en las sociedades musulmanas (20), aunque los curanderos tradicionales y religiosos siguen desempeñando un papel importante en la asistencia psiquiátrica primaria (21). En

estudios recientes se ha demostrado la existencia de un reconocimiento cada vez mayor de los profesionales sanitarios (p.ej., en los Emiratos Árabes Unidos) (16), y de patrones y mecanismos psicopatológicos infantiles similares a los de las sociedades occidentales (p. ej., en los estudios realizados sobre población general en la Franja de Gaza) (13, 22). No obstante, hay poca información acerca del conocimiento y las percepciones de los padres respecto a los distintos servicios dedicados a los niños con problemas mentales, lo que representa el fundamento de nuestro estudio.

MÉTODOS

El objetivo del estudio fue determinar las percepciones de las madres respecto a los problemas de la salud mental infantil, la etiología de dichos problemas y los métodos de intervención frente a ellos. En función de la bibliografía utilizada, las hipótesis planteadas fueron: a) que los puntos de vista palestinos tradicionales acerca de la enfermedad mental son más restrictivos que los existentes en el mundo occidental, y que únicamente los cuadros graves, como la psicosis, son considerados manifestaciones de una enfermedad mental; b) que los padres solicitan preferiblemente la ayuda de curanderos tradicionales más que de profesionales de la Psiquiatría de estilo occidental, dado que su conocimiento de los servicios disponibles de este tipo es limitado.

Las provincias de la Franja de Gaza constituyen una estrecha zona de tierra a orillas del Mar Mediterráneo, entre Israel y Egipto. La Franja de Gaza tiene una longitud de 50 km y un ancho de 5-12 km. Hay más de 808.000 refugiados registrados, de los cuales más del 55 % (443.000) vive en ocho campos de refugiados; el resto vive en las ciudades y pueblos de la Franja. La United Nations for Relief and Work Agency (UNRWA) proporciona escolarización a 159.892 alumnos, así como servicios sanitarios y de ayuda a los refugiados que viven en el interior y el exterior de los campos. Entre los refugiados, el índice de natalidad es de 55 por 1.000, con un índice de mortalidad neonatal de 20 fallecimientos por 1.000 recién nacidos vivos, y un índice de mortalidad de los lactantes de 33 por cada 1.000 recién nacidos vivos. La esperanza de vida es de 71,7 años. Los jóvenes menores de 15 años constituyen el 43,6 % de la población general, y el tamaño medio de la familia de refugiados es de seis personas (23).

Nuestro estudio fue diseñado para la realización de una encuesta a una muestra aleatoria y representativa de madres de niños palestinos residentes en el campo de refugiados de El-Nusirate, en Gaza, cuya población es de 44.685 personas (23). Se seleccionó una sección (localidad) del campo. La encuesta se realizó a uno de cada tres hogares consecutivos con niños menores de 16 años residentes en la localidad seleccionada del campo de refugiados (n = 260). Once familias se negaron a participar en el estudio, y las 249 familias restantes completaron la encuesta.

Se diseñó una lista de preguntas relativas a las percepciones de los padres respecto a cuáles son los problemas de salud mental infantil, las causas percibidas de estos problemas, los servicios e intervenciones apropiadas que solicitarían frente a ellos y los métodos para incrementar el conocimiento en su entorno de los problemas de la salud mental infantil. La lista de los distintos servicios disponibles para los niños y los adolescentes incluía servicios gubernamentales, de Naciones Unidas, no gubernamentales y otros servicios comunitarios. La lista de tipos de tratamiento ofrecidos por las distintas organizaciones incluía las modalidades religiosa, médica y psicológica.

Debido a que el objetivo del estudio no fue la determinación de los índices de morbilidad psiquiátrica en la muestra evaluada, sino la definición de las percepciones de los padres respecto a qué consideran como problemas de salud mental, se optó por no utilizar una escala de valoración de los problemas emocionales y

conductuales ni tampoco una entrevista diagnóstica semiestructurada. En vez de ello, la lista de preguntas incluía una amplia gama de manifestaciones emocionales, cognitivas y conductuales que fueron descritas por los investigadores a las madres participantes. Después, las madres valoraron si cada una de las manifestaciones señaladas constituía, en su opinión, un problema de la salud mental (es decir, un síntoma patológico que se apartaba de la normalidad o de lo esperado y que necesitaba un tratamiento para mejorar). Las preguntas y las respuestas no se referían a niños en particular, aunque se reconoce el hecho de que la información ofrecida por las madres pudo haber estado influida por sus experiencias personales o por las experiencias de sus hijos.

Los datos sociodemográficos relativos a la actividad laboral de los padres, el nivel educativo, el número de hijos y los ingresos económicos familiares se obtuvieron a través de las madres.

RESULTADOS

Tal como se puede observar en la tabla 1, a pesar de que las familias presentaban ingresos económicos bajos y una situación de refugiados, los padres tenían niveles educativos variables, lo que posiblemente refleja la estabilidad relativa de las familias palestinas, que han permanecido en la misma zona geográfica durante los 50 últimos años.

Las tablas 2 y 3 muestran la frecuencia con la que las madres percibieron las distintas manifestaciones emocionales, cognitivas y conductuales como problemas de salud mental infantil.

Cuando se les solicitó su opinión acerca de las causas de los problemas de salud mental de sus hijos, la mayor parte de las madres señaló la existencia de razones múltiples: 221 (89,1 %) las atribuyó a problemas familiares; 212 (85,5 %), a enfermedad men-

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra (n = 249)

	N	%
<i>Situación laboral del padre</i>		
En paro	40	16,0
Trabajador no cualificado	50	20,1
Trabajador cualificado	49	19,7
Funcionario	96	38,6
Comerciante	14	5,6
<i>Nivel educativo del padre</i>		
Analfabeto	6	2,4
Escolarización elemental	27	10,9
Escolarización primaria	56	22,5
Escolarización secundaria	68	27,3
Carrera de grado medio	43	17,2
Universitario	42	16,9
Posgraduado	7	2,8
<i>Situación laboral de la madre</i>		
Ama de casa	222	89,2
Empleada	27	10,8
<i>Nivel educativo de la madre</i>		
Analfabeta	30	12,0
Escolarización elemental	68	27,3
Escolarización primaria	102	41,1
Escolarización secundaria	25	10,0
Carrera de grado medio	1	0,4
Universitaria	23	9,2
<i>Ingresos mensuales de la familia</i>		
Menos de 300 dólares estadounidenses	67	26,9
300-500 dólares estadounidenses	125	50,2
Más de 500 dólares estadounidenses	57	22,9

Tabla 2. Frecuencia con la que las madres percibieron las distintas manifestaciones emocionales y cognitivas como problemas de la salud mental (n = 249)

	N	%
Fobias (temores excesivos)	165	66,0
Molestias somáticas	108	43,2
Depresión	107	42,8
Rechazo al colegio	75	30,0
Enuresis diurna	52	20,8
Ideación suicida	56	22,4
Comportamiento suicida	49	19,6
Falta de atención	146	58,4
Alucinaciones	107	42,8
Creencias falsas	69	27,6

Tabla 3. Frecuencia con la que las madres percibieron las distintas manifestaciones conductuales como problemas de la salud mental (n = 249)

	N	%
Desobediencia	174	69,9
Problemas con el sueño	82	32,8
Peleas	123	49,2
Comportamiento destructivo	102	40,8
Berrinches de rabia	157	63,2
Abuso verbal de los demás	139	55,6
Mentiras	117	46,8
Abuso físico de los demás	119	47,8
Provocación de incendios	76	30,4
Escape del hogar	71	28,4
Falta de asistencia al colegio	60	24,1
Uso de sustancias	39	15,6

tal de los padres; 208 (83,9 %), a problemas socioeconómicos; 164 (66,1 %), a accidentes; 157 (63,3 %), a enfermedad genética, 152 (61,3 %), a enfermedades cerebrales orgánicas, y 86 (34,7 %), al estado de «posesión por espíritus malignos».

Cuando se les preguntó por su grado de conocimiento de los centros y servicios de salud mental infantil, 106 madres (42,6 %) los conocían, y la mayoría de ellas mismas (n = 230, 92,7 %) señaló la necesidad de dichos servicios. El 70 % de las madres (n = 174) señaló que llevaría a sus hijos a un centro de salud de asistencia primaria si estuviera preocupada por la posibilidad de que sufriera alguno de los problemas de salud mental señalados; 158 (63,2 %) acudiría a un psicólogo o un psiquiatra, 131 (52,4 %), a un asistente social, y 10 madres (4 %) solicitarían un tratamiento de cauterización (un abordaje terapéutico árabe tradicional).

Cuando se les preguntó por el tipo de tratamiento que preferían, 211 madres (84,7 %) señalaron que preferían alguna forma de «tratamiento de charla» (psicoterapia); 157 (63,1 %) preferían la medicación; 152 (61,0 %), el tratamiento a través del recitado de pasajes del Corán a sus hijos, y 38 (15,3 %) señalaron que pre-

ferían llevar a su hijo a algún fumadero para la inhalación de Bok-hour.

Finalmente, se les preguntó por los métodos que podrían ayudar a los niños y a sus padres a comprender mejor la naturaleza de los problemas de salud mental, y se les pidió que identificasen los servicios apropiados existentes en su comunidad. La mayor parte de las madres (n = 226, 91,1 %) mencionó las conferencias ofrecidas a los profesores y los padres; 218 (87,9 %) señalaron los programas de televisión dirigidos hacia los niños y los adolescentes; 199 (77 %) propusieron la distribución regular de folletos informativos con recomendaciones acerca de los problemas de salud mental infantil, y 167 (67,3 %) propusieron la realización de reuniones públicas entre los padres y los profesionales.

DISCUSIÓN

Los problemas y trastornos de salud mental infantil constituyen un concepto amplio, y en expansión creciente, acerca del cual los padres y los profesionales tienen distintas percepciones y al cual atribuyen distintas características. A pesar de algunos datos que indican la existencia de patrones diagnósticos e índices de prevalencia similares entre los distintos grupos culturales y étnicos, el conocimiento relativo al impacto de los factores culturales sobre estas percepciones es escaso (5, 24). En nuestro estudio se ha abordado esta cuestión entre las mujeres palestinas que residen en un campo de refugiados en la Franja de Gaza. Al contrario de lo previsto en las hipótesis originales, las percepciones que tienen las madres acerca de los problemas de salud mental infantil, de sus causas y de los tipos preferidos de tratamiento fueron bastante amplias y no muy distintas de las existentes en las sociedades occidentales.

Las madres mostraron, como las madres occidentales, una percepción de los síntomas emocionales, conductuales y psicóticos como representativos de la existencia de problemas de salud mental. El valor atribuido tradicionalmente a la disciplina en el contexto de la familia y en el conjunto de la comunidad puede explicar la elevada proporción de madres que consideró la desobediencia y los episodios de rabia como posibles problemas de la salud mental. El porcentaje relativamente bajo de madres que consideró los pensamientos o actos de tipo suicida como correspondientes a problemas de salud mental puede reflejar las creencias religiosas y, de hecho, en la población general hay bajos índices de autoagresiones y suicidios (20). Esta percepción contrasta no solamente con la de los padres pertenecientes a las sociedades occidentales sino también con la de los padres de las sociedades asiáticas (3, 9).

Aunque una proporción elevada de madres consideró que los factores familiares eran una de las causas de los problemas de salud mental infantil, una proporción similar mencionó las adversidades sociales, y una significativa minoría mencionó el estado de posesión por espíritus malignos. Un aspecto interesante es que la mayor parte de las madres consideró varias posibles causas, es decir, que las percepciones o atribuciones de carácter cultural no fueron incompatibles con las explicaciones ambientales, genéticas u orgánicas. De nuevo, la importancia que se otorga a la familia nuclear en la sociedad palestina no impidió que las madres consideraran los factores familiares en la aparición de problemas de salud mental infantil. Así, en un estudio efectuado en el Líbano, Zahr (25) observó que los factores relacionados con la familia son mediadores entre los elementos estresantes externos y los trastornos mentales infantiles.

También, pese a las hipótesis originales en contra, las madres palestinas señalaron que solicitarían los servicios de los centros de salud o de los profesionales especializados en salud mental, más que de los curanderos tradicionales. Este resultado puede estar en contradicción con lo que se observa en otras sociedades

islámicas, en las que los curanderos tradicionales todavía desempeñan una función significativa (21). Además, se puede explicar por el nivel educativo de los participantes. La función que desempeñan los servicios sanitarios de asistencia primaria, así como también los colegios, es especialmente importante para la detección de los problemas de salud mental infantil en los países en vías de desarrollo, pues estos estamentos suelen remitir los cuadros más graves a los escasos servicios de salud mental infantil especializados (26, 27).

Se puede considerar que la proporción de madres palestinas que tenía conocimiento de los servicios locales de salud mental infantil era elevada, incluso en comparación con las sociedades occidentales (28). Dado que la localidad estudiada estaba cubierta por un centro de salud mental comunitario para adultos y niños (29), esta frecuencia podría ser inferior en otras áreas de la Franja de Gaza. Sin embargo, incluso las madres que no conocían la existencia de servicios locales reconocieron la necesidad de dichos servicios. Dentro de estos servicios de «estilo occidental», las madres palestinas señalaron su preferencia por los «tratamientos de charla» (una definición lega de la psicoterapia) y por los tratamientos farmacológicos. Los recursos de ayuda de carácter religioso o cultural fueron considerados importantes (tal como el recitado de pasajes del Corán y la asistencia a fumaderos), pero —nuevamente— no fueron incompatibles con las intervenciones de salud mental. Un aspecto interesante es que las madres valoraron positivamente la oportunidad de aprender más cosas acerca de la salud mental infantil y de los servicios ofrecidos, a través de reuniones informativas, charlas y ofrecimiento de materiales educativos por parte de los profesionales. Recientemente, nuestro grupo ha demostrado la existencia de deseos similares respecto a la psicoeducación comunitaria en familias de origen asiático residentes en el Reino Unido (3).

La definición de los puntos de vista y las expectativas de los padres respecto a los servicios de salud mental infantil es tan importante en los países en vías de desarrollo como en las sociedades occidentales. Es uno de los factores que se deben considerar a la hora de establecer prioridades y de racionalizar los siempre limitados recursos dedicados a los servicios. Son esenciales la valoración de las necesidades locales y la optimización de los servicios comunitarios y otros recursos ya existentes (30). Además, estos resultados señalan la importancia de la flexibilidad en los diferentes tipos de servicios e intervenciones. Un modelo de «búsqueda de ayuda» que ofrezca distintas posibilidades, desde el diagnóstico al tratamiento (31) tendrá una gran utilidad en cualquier contexto cultural y social.

Nuestro estudio presenta varias limitaciones. El grupo de madres participantes podría no ser representativo de toda la sociedad palestina ni de otras poblaciones islámicas. Aunque el objetivo del estudio no era establecer la prevalencia de los trastornos psiquiátricos infantiles, la lista de preguntas relativas a la psicopatología infantil no fue validada, y su número podría ser considerado excesivo o insuficiente. Asimismo, el uso de una entrevista semiestructurada (más que una lista de preguntas) podría haber recogido mejor los puntos de vista de las madres, sus experiencias y sus consideraciones, aunque el abordaje de tipo cualitativo habría limitado el tamaño de la muestra. En estudios de investigación futuros se debería ampliar esta información relativa a las perspectivas de los usuarios del servicio, incluyendo también las percepciones de los niños y jóvenes, así como de los profesionales.

Agradecimientos

Los autores están muy agradecidos a todas las madres que participaron en el estudio.

Bibliografía

1. Stansfeld S, Haines M, Head J et al. Ethnicity, social deprivation and psychological distress in adolescents. *Br J Psychiatry* 2004; 185:233-8.
2. Ollendick T, Yang B, King N et al. Fears in American, Australian, Chinese and Nigerian children and adolescents: a cross-cultural study. *J Child Psychol Psychiatry* 1996;37:213-20.
3. Dogra N, Vostanis P, Abuateya H et al. Understanding of mental health and mental illness by Gujarati young people and their parents. *Diversity in Health and Social Care* (in press).
4. Crijnen A, Achenbach T, Verhulst F. Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: total problems, externalizing, and internalizing. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1269-77.
5. Bird H. Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *J Child Psychol Psychiatry* 1996;37:35-49.
6. Bengi-Arslan L, Verhulst F, Van der Ende J et al. Understanding childhood (problem) behaviours from a cultural perspective: comparison of problem behaviors and competencies in Turkish immigrant, Turkish and Dutch children. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32:477-84.
7. Goodman R, Richards H. Child and adolescent psychiatric presentations of second-generation Afro-Caribbeans in Britain. *Br J Psychiatry* 1995;167:362-9.
8. Costello J, Farmer E, Angold A et al. Psychiatric disorders among American Indian and White youth in Appalachia: the Great Smoky Mountains study. *Am J Publ Health* 1997;87:827-32.
9. Mc Kelvey R, Baldassar L, Song D et al. Vietnamese parental perceptions of child and adolescent mental illness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1302-9.
10. Roberts R, Attkisson C, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1998; 155:715-25.
11. Matsuura M, Okubo Y, Kojima T et al. A cross national prevalence study of children with emotional and behavioural problems: a WHO collaborative study in the Western Pacific Ocean. *J Child Psychol Psychiatry* 1993;34:307-15.
12. Luk S, Leung P, Bacon-Shone J et al. Behavioural disorder in pre-school children in Hong Kong: a two-stage epidemiological study. *Br J Psychiatry* 1991;156:213-21.
13. Thabet AA, Stretch D, Vostanis P. Child mental health problems in Arab children: application of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Int J Soc Psychiatry* 2000;4:266-80.
14. Hackett R, Hackett L, Bhakta P et al. The prevalence and associations of psychiatric disorder in children in Kerala, South India. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40:801-7.
15. Fleitlich B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:727-34.
16. Eapen V, Al-Gazali L, Bin-Othman S et al. Mental health problems among school children in the United Arab Emirates: prevalence and risk factors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:880-6.
17. Gureje O, Omigbodun O, Gater R et al. Psychiatric disorders in a paediatric primary care clinic. *Br J Psychiatry* 1994;165:527-30.
18. Yeh M, Hough R, Mc Cabe K et al. Parental belief about the cause of child problems: exploring racial/ethnic patterns. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:605-12.
19. Alyahya F. Saudi Arabia: acknowledging problems in a transitional culture. In: Appleby L, Araya R (eds). *Mental health services in the global village*. London: Gaskell, 1991:99-108.
20. Murad I, Gordon H. Psychiatry and the Palestinian population. *Psychiatr Bull* 2002;26:28-30.
21. Al-Subaie A. Traditional healing experiences in patients attending a university outpatient clinic. *Arab J Psychiatry* 1994;5:83-91.
22. Thabet AA, Abed Y, Vostanis P. Emotional problems in Palestinian children living in a war zone: a cross-sectional study. *Lancet* 2002;359:1801-4.
23. United Nations for Relief and Work Agency. *Factors and figures: the situation in the Gaza Strip and the West Bank*. Gaza: United Nations, 1999.
24. Fisman S, Fisman R. Cultural influences on symptom presentation in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:782-3.

25. Zahr L. Effects of war on the behaviour of Lebanese pre-school children: the influence of home environment and family functioning. *Am J Orthopsychiatry* 1996;66:401-8.
26. Giel R, De Arango M, Climent C et al. Childhood mental disorders in primary care: results of observations in four developing countries. *Pediatrics* 1981;68:677-83.
27. Gureje O, Omigbodun O. Children with mental disorders in primary care: functional status and risk factors. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92:310-4.
28. Verhulst F, Van der Ende J. Factors associated with child mental health service use in the community. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:901-9.
29. Thabet AA, Vostanis P. A visit to the Gaza Community Mental Health Programme: training in child mental health. *Psychiatr Bull* 1999;23:300-2.
30. Rahman A, Mubbashar M, Harrington R et al. Developing child mental health services in developing countries. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41:539-46.
31. Cauce A, Domenech-Rodriguez M, Paradise M et al. Cultural and contextual influences in mental health help seeking: a focus on ethnic minority youth. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:44-55.

Dificultades y retos de la Psiquiatría: aplicación de la Declaración de Salud Mental para Europa

MATT MUIJEN

Regional Adviser for Mental Health, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

La asistencia psiquiátrica está en un proceso de transformación en toda la Región europea de la Organización Mundial de la Salud, debido a una combinación de factores: reconocimiento del problema, cada vez más acuciante, de las enfermedades mentales; situaciones de escasez de recursos terapéuticos, y exigencias, tanto por parte de los clínicos como de la sociedad. Esta transformación afecta a todo el ámbito de la salud mental, incluyendo cada vez más a las medidas de promoción y prevención, así como a la estructura y al proceso de la asistencia psiquiátrica, los que se van desplazando hacia los contextos comunitarios. Muchos psiquiatras ocupan posiciones de liderazgo y pueden influir en las políticas y las estrategias. Sin embargo, su trabajo también está seriamente influido por las consecuencias de estas políticas. Es necesaria la planificación de nuevas funciones y responsabilidades para todos los miembros de los equipos multidisciplinares, y también hay que diseñar medidas educativas y formativas para preparar a los profesionales a enfrentarse a las expectativas y a las demandas. Los psiquiatras deben afrontar dificultades importantes, debido a que las complejas funciones que desempeñan están influidas por múltiples factores relacionados con el sistema general de salud y con el sistema de atención de la salud mental. Algunas de estas dificultades pueden ser abordadas por los propios psiquiatras y por los sectores a los que dirige su acción, como los grupos de pacientes y de familiares; otras requerirán la realización de modificaciones importantes en las actitudes y en el diseño de los sistemas.

Palabras clave: asistencia psiquiátrica, psiquiatras, Declaración de Helsinki, liderazgo

Durante los últimos años se han producido avances políticos muy destacados que han transformado la asistencia psiquiátrica en todas las zonas de la Región europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS). A lo largo de los 30 últimos años se han ido introduciendo gradualmente los fundamentos de los servicios de carácter comunitario. En el Informe de la OMS de 2001 (1) se expusieron estos fundamentos, y en la Declaración de Salud Mental para Europa (Declaración de Helsinki) (2) se especificaron en relación con el contexto europeo. Muchos países de la región están actualmente creando e implementando de manera activa nuevas políticas y normativas legislativas de salud mental, y también desarrollando servicios de carácter comunitario.

Estos cambios se han debido a diversos factores desencadenantes, comunes a todos los países, aunque con una importancia variable en cada uno de ellos. Todos los gobiernos están preocupados por el problema cada vez más acuciante representado por los trastornos mentales (3), por el sufrimiento de los individuos y por el coste de estos trastornos para la sociedad, tanto en términos sociales como en términos económicos. Específicamente, hay una concienciación creciente de los aspectos públicos de la salud mental, como las medidas de promoción y prevención, que imponen una responsabilidad a los gobiernos más que a los profesionales. Un ejemplo de ello es la prohibición legal de la comercialización de sustancias tóxicas, con el objeto de prevenir el suicidio.

Muchos de los cambios ocurridos no se han producido por procesos generados desde los estamentos superiores hacia los inferiores (desde los gobiernos hacia la población), sino al revés; en muchos casos, incluso, han sido generados por reclamos y acciones conjuntas de la sociedad y los profesionales. La reducción gradual del estigma asociado a los trastornos mentales más frecuentes, como la ansiedad y la depresión, ha dado lugar a un incremento en la demanda de tratamientos. Igualmente, la capacitación de la población de muchos países y el conocimiento cada vez mayor de la disponibilidad y la eficacia de los nuevos tratamientos (tal como ocurre con fármacos ya míticos como Prozac) han aumentado la presión sobre los gobiernos y los profesionales para el suministro de una asistencia adecuada, siempre en los términos exigidos por los usuarios y los profesionales. Las personas ya no aceptan un trato denigrante para sus amigos o familiares, como el abandono en instituciones o la inclusión en largas listas de espera, y exigen acceso a la información. Cada vez se pone más

énfasis en el respeto y el ejercicio de los derechos humanos, expresados en la Convention for the Protection of Human Rights [Convención Europea de Derechos Humanos](4).

La influencia de los profesionales en este proceso ha sido clave, debido principalmente a la actividad de los psiquiatras que han liderado el cambio, tales como Pinel en el siglo XIX en Francia y Basaglia en el siglo XX en Italia. Estos profesionales propusieron nuevos modelos de asistencia, humanitaria y eficaz, que en su tiempo fueron revolucionarios y que sustituyeron a los servicios tradicionales, insuficientes y de carácter abusivo. El principal mérito de estos especialistas fue lograr que los políticos lideraran estos proyectos y que sus colegas los implementaran, lo que permitió un cambio real y sostenible.

Sin embargo, se ha demostrado que la existencia de líderes carismáticos y el apoyo de la sociedad es esencial, pero no suficiente. La reforma de la salud mental no es una iniciativa barata y, por lo tanto, no es una coincidencia que las reformas globales se hayan realizado en países que pudieron afrontar un incremento del gasto público y del gasto en inversión sanitaria, que permitió el desarrollo de nuevos servicios y el incremento de las plantillas de profesionales.

Un factor importante que se debe tener en cuenta es el hecho de que las realidades en los 52 estados miembro de la OMS-EURO son totalmente diferentes y que, por lo tanto, es muy difícil establecer prioridades en situaciones que abarcan desde las sutiles implicaciones de la exclusión social en contextos laborales hasta las preocupaciones por la obtención de comida en los establecimientos psiquiátricos. La Región europea de la OMS es muy diversa: en ella se incluyen algunos de los países más ricos del mundo, especialmente los miembros de la antigua Unión Europea, y países con elevados índices de pobreza y privación. Como promedio, la salud mental insume el 5,6 % del presupuesto sanitario total, pero en los distintos países este porcentaje oscila entre menos del 1 % y alrededor del 12 % (5). También hay gran variación entre los países con respecto a la proporción de psiquiatras, profesionales de enfermería y otros profesionales sanitarios.

A pesar de la evidencia, si no del acuerdo completo, de que la asistencia de carácter comunitario es beneficiosa para la mayoría de las personas que sufren problemas de la salud mental, hay algunas dificultades que deben ser abordadas. En primer lugar, vivimos en una época en la que las presiones económicas han introducido la necesidad de supervisar la rentabilidad económica

en Psiquiatría, tanto en cuanto a los modelos de servicio como a las intervenciones realizadas. En segundo lugar, un problema de carácter específico es la percepción que tiene la sociedad acerca de la enfermedad mental y, en particular, de la esquizofrenia como categoría de riesgo, relacionada con la exigencia de que la Psiquiatría proteja a la sociedad manteniendo encerrada de manera segura a cualquier persona que constituya un riesgo potencial. En tercer lugar, la asistencia psiquiátrica está empezando a tener dificultades relativas a la escasez de profesionales, en un momento en el que la especialización y la descentralización obligan a un incremento rápido de las plantillas. Un factor que influye negativamente sobre todas esas dificultades es el constituido por el estigma y la discriminación.

Debido al conjunto de factores señalados, las diferencias entre los países y las distintas dificultades, la estrategia en salud mental se está convirtiendo en un tema candente en toda Europa. Este hecho queda ilustrado por el consenso alcanzado en la Conferencia Ministerial de la OMS para la Salud Mental, celebrada en Helsinki, en la que los representantes de los 52 estados miembro firmaron la Declaración de Salud Mental para Europa (Declaración de Helsinki) y el Plan de Acción para Europa (2). Esta Declaración define el alcance y las prioridades de la asistencia psiquiátrica durante el próximo decenio, así como las iniciativas y las responsabilidades que los estados miembro y la Oficina regional de la OMS para Europa deben llevar a cabo para reducir el problema y el sufrimiento debidos a las alteraciones de salud mental.

La Declaración fue firmada en nombre de los ministros de sanidad y sancionada por un número importante de organizaciones no gubernamentales, incluyendo la WPA y otras organizaciones profesionales, así como grupos organizados de pacientes y de profesionales. La Declaración ofrece una oportunidad importante para que la Psiquiatría y los psiquiatras puedan avanzar en su reclamo para que la salud mental constituya una prioridad para los gobiernos, y su aprobación se ha realizado en un momento adecuado, no solamente para diseñar e implementar estrategias, sino también para sostenerlas y apoyarlas económica y legalmente. Los psiquiatras son un estamento clave en cualquier forma de progreso debido a que en muchos países ocupan puestos de responsabilidad que les permiten diseñar estrategias, proponer planes de acción y conducir la implementación de dichos planes y de la asistencia psiquiátrica.

LA DECLARACIÓN DE HELSINKI

La Declaración de Helsinki detalla 12 áreas de acción y las responsabilidades consiguientes para los ministerios de sanidad de los estados miembro. Un área que ha requerido atención en la fase preparatoria ha sido la definición del ámbito de acción de la asistencia psiquiátrica. Considerando la expansión de las responsabilidades de la salud mental hasta mucho más allá de las funciones tradicionales de la Psiquiatría tanto hospitalaria como ambulatoria, ha sido necesario definir los límites y determinar las prioridades. En este ámbito de acción, así definido, y con las prioridades establecidas, surgen los desafíos que debe afrontar la Psiquiatría.

Ámbito de acción

Una consideración clave de la Declaración es que «la política y los servicios persiguen la inclusión social y la equidad, adoptando una perspectiva global del equilibrio entre las necesidades y los beneficios de las diversas actividades en salud mental dirigidas hacia la población en su conjunto, hacia los grupos de riesgo y hacia las personas que sufren problemas de salud mental». Esta

afirmación indica que el ámbito de acción de la asistencia psiquiátrica se ha ampliado, desde la simple preocupación por el tratamiento de las personas que sufren enfermedades mentales graves hasta la realización de intervenciones que puedan incrementar el bienestar en los grupos vulnerables. Los conceptos de promoción de la salud mental y prevención de las enfermedades mentales han alcanzado un lugar prioritario en los programas de los gobiernos. No obstante, se reconoce que para ello es necesario un cuidadoso equilibrio, teniendo en cuenta las necesidades de los grupos tomados como objetivo y la efectividad y la eficacia de las distintas acciones. En consecuencia, cualquier política debe ser juzgada por sus efectos beneficios potenciales sobre la población destinataria, pero también es necesario tener en cuenta la eficacia, el coste económico, la idoneidad y la equidad, es decir, la consideración de que las distintas políticas deben estar dirigidas hacia la consecución del mayor beneficio en los grupos con necesidades más acuciantes.

Prioridades

Las prioridades han establecido la agenda de acciones que deberán llevar a cabo los distintos ministerios de sanidad a lo largo del próximo decenio (tabla 1).

Estas prioridades están especificadas en los 12 puntos de acción de la Declaración. El Plan de Acción para Europa detalla los pasos necesarios para implementar la Declaración. La Declaración y el Plan de Acción proponen un modelo de actividades en salud mental que coloca a la propia salud mental en el centro de las directrices políticas, subrayando el bienestar, la dignidad humana, la reinserción y la inclusión social. Para ello es necesario el trabajo conjunto entre el sector sanitario y otros sectores gubernamentales. Sin embargo, un modelo de este tipo sólo es factible cuando por parte de los gobiernos existen el compromiso y el reconocimiento necesarios, no sólo para diseñar las políticas, sino también para prever las necesidades de inversión a largo plazo en los modelos modernos de intervenciones, mantener un número suficiente de profesionales competentes, contar con la legislación adecuada, obtener la financiación y realizar las medidas de evaluación necesarias.

DIFICULTADES PARA LA PSIQUIATRÍA

La Declaración ofrece una importante oportunidad para el cambio, aunque para ello existen diversas dificultades, que comienzan con las enormes diferencias existentes entre los distintos países. A pesar de estas diferencias, en todos los países los servicios están en una fase de transición, y la dirección del cambio y

Tabla 1. Prioridades recogidas en la Declaración de Helsinki

1. Promoción de la toma de conciencia acerca de la importancia del bienestar mental
2. Abordaje colectivo del problema del estigma, la discriminación y la inequidad, brindando capacitación y apoyo a las personas que sufren problemas de salud mental y a sus familias, para que participen activamente en este proceso
3. Diseño e implementación de sistemas de salud mental globales, integrados y eficaces que cubran las áreas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, asistencia y recuperación
4. Énfasis en la necesidad de contar con una fuerza de trabajo competente y eficaz en todas estas áreas
5. Reconocimiento de la experiencia y el conocimiento de los usuarios del servicio y de los cuidadores como un aspecto importante para la planificación y el desarrollo de los servicios

sus principios fundamentales son muy similares, como también lo son las dificultades y las oportunidades que se plantean a los psiquiatras.

La ampliación del ámbito de acción y el cambio hacia la definición de servicios de salud mental fundamentados en la comunidad introducen grados mayores de complejidad que afectan a la función que deben desarrollar los psiquiatras. Actualmente, la Psiquiatría tiene que considerar el papel que debe desempeñar en áreas como la promoción y la inclusión social. Los psiquiatras tendrán que trabajar en diferentes contextos y con un número creciente de grupos profesionales distintos. La planificación y la gestión ocuparán un papel más central y, posiblemente, la responsabilidad será más evidente.

Sin embargo, los psiquiatras no son espectadores pasivos en este proceso de diseño, implementación y definición de las actividades de salud mental. Poseen una experiencia única y ocupan posiciones de liderazgo en la mayor parte de los países, actuando como consejeros gubernamentales y dirigiendo grupos de expertos responsables para la elaboración de los planes políticos y de acción. Hay países en los que estos grupos están constituidos únicamente por psiquiatras. Así, esos especialistas tienen una oportunidad única para configurar el proceso de reforma en el mejor interés de los pacientes, los familiares y los cuidadores, así como de la sociedad y de los profesionales.

El número de países que está desarrollando e implementando nuevas políticas es muy elevado. Las similitudes entre las estrategias son destacables, y también son similares las dificultades que se han planteado en muchos países. Por ello, puede decirse que se ha producido, en algunos casos, una duplicación considerable de los esfuerzos. A pesar de que hay razones suficientes para considerar que cada país debe ser libre para desarrollar sus propias estrategias en función de sus circunstancias específicas, también hay razones para señalar la conveniencia de aprender de los éxitos y fracasos de otros grupos, especialmente en un momento en el que los gobiernos se han comprometido a seguir las directrices de la Conferencia Ministerial de Helsinki. El paso siguiente debería ser que los psiquiatras y expertos de los distintos países compartan sus experiencias con respecto a las estrategias de implementación, dado que posiblemente todos enfrenten dificultades similares.

Modelo de servicio

Tanto el modelo asistencial como las posibles dificultades surgidas de su implementación pueden ser previstos a partir de la planificación estratégica, que comprende el diseño de las estructuras y los procesos. Un ejemplo de ello es la función de los centros de salud mental comunitarios y su competencia para prevenir las hospitalizaciones o para rehabilitar a las personas con problemas psiquiátricos crónicos, así como su autoridad con respecto a las hospitalizaciones o las altas hospitalarias. Otro ejemplo es la responsabilidad de diagnóstico y tratamiento afrontada por la asistencia primaria, un nivel asistencial escasamente desarrollado en muchos países. Cada decisión estratégica aplicada en una parte del sistema producirá consecuencias (a menudo no deliberadas) sobre los demás componentes del sistema. Por lo tanto, es fundamental que los psiquiatras estén estrechamente implicados en la planificación estratégica y que posean la experiencia necesaria para influir en este proceso, aunque estos ejemplos también indican que es necesaria la participación adicional de profesionales de otras áreas.

Funciones y responsabilidades clínicas

Los servicios fundamentados en la comunidad presentan diferencias con respecto a las formas asistenciales tradicionales en

cuanto a las actitudes, las habilidades y los conocimientos requeridos. Para que los psiquiatras puedan ejercer su profesión con eficacia deben ejercer nuevas funciones a menudo complejas, debido a que requieren el conocimiento detallado de las necesidades de los pacientes en contextos múltiples y la capacidad de trabajar intensivamente con profesionales de muy distintos orígenes. Estos diferentes aspectos de la función del psiquiatra plantean diversas dificultades, que no han sido adecuadamente abordadas en muchas de las estrategias propuestas:

Función terapéutica

Aunque la función básica de la mayor parte de los psiquiatras seguirá siendo su trabajo terapéutico con los pacientes, el tipo de problemas presentados por las personas residentes en el ámbito comunitario y sus expectativas de las actividades que deben llevar a cabo los psiquiatras serán radicalmente diferentes. Ya no es suficiente un médico que no se involucra en los problemas de los pacientes. Los pacientes solicitan también una atención personal de los problemas derivados de su vida en el contexto social. Todo ello conlleva la dificultad de definir el significado de la función del psiquiatra. Para ello es necesario delimitar diferentes áreas: aquellas que son de exclusiva responsabilidad del psiquiatra, en función de su preparación y su experiencia, tales como el diagnóstico y la prescripción terapéutica; áreas en las que puede compartir actividades con otros profesionales, como el seguimiento, la coordinación y el suministro de información, y áreas en las que las actividades pueden ser realizadas con una eficacia similar por otros profesionales menos costosos en términos económicos, como la evaluación de la vivienda de los pacientes y la implementación de actividades sociales de apoyo.

Participación en equipos multidisciplinarios

La implementación de la práctica de tipo comunitario requiere el trabajo en equipo, ofreciendo una combinación de distintas competencias profesionales. La forma en la cual todos los individuos de un equipo pueden funcionar individualmente de un modo eficaz, logrando —a su vez— un trabajo conjunto articulado e igualmente eficaz, requiere la consideración cuidadosa de la formación, las capacidades, las funciones y las responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo.

Diversidad de funciones y contextos

Muchos psiquiatras realizan diferentes funciones, realizando actividades en diversos contextos: atención al paciente en el contexto hospitalario, actividades diversas en el ámbito comunitario, tareas administrativas, tareas de organización y gestión, etc. Esta situación plantea nuevas dificultades y desafíos con respecto a las competencias necesarias para ejercer esas funciones y la responsabilidad por los resultados. Son requisitos esenciales para que los psiquiatras puedan actuar con eficacia: la organización del tiempo, la capacidad para delegar y la claridad en la definición de las distintas funciones.

Ampliación del alcance social de la Psiquiatría

A partir de su función tradicional de brindar asistencia psiquiátrica a las personas que sufren problemas de salud mental graves, la Psiquiatría ha ampliado su alcance social, ofreciendo actividades que promueven la salud mental, dirigidas a todas las personas en riesgo de sufrir estos problemas. Este proceso se ha

acompañado de una ampliación de las responsabilidades de los profesionales de salud mental, de los que se espera que, además de ejercer sus funciones tradicionales, también trabajen activamente en la promoción de la salud mental y en la prevención de enfermedades. Por otra parte, se está poniendo mucho énfasis en la necesidad de lograr un equilibrio entre la defensa de los derechos humanos individuales y la evitación de cualquier riesgo para la sociedad. Esto hace surgir un complejo grupo de nuevas dificultades, debido a la contradicción de valores y a sus consecuencias, aún no aclaradas, para la práctica asistencial y las diversas funciones de los psiquiatras y de otros profesionales.

Trabajo en red

Las necesidades de los pacientes y de sus familias en la práctica psiquiátrica moderna rebasan la capacidad de respuesta de un sector único, de manera que se considera cada vez más esencial el trabajo en red entre las distintas organizaciones e instituciones que atienden las problemáticas principales de la comunidad: atención sanitaria, ayuda social, trabajo, educación, vivienda, etc. Esta forma interactiva de trabajar introduce nuevos desafíos respecto a los límites, las funciones y las responsabilidades de cada uno de los sectores intervinientes. Los problemas, que se expresan en la práctica diaria, requieren generalmente soluciones desde el punto de vista legal. Dado que en las diversas iniciativas conjuntas que se llevan a cabo están implicadas diversas instituciones, ¿quién decide las prioridades y quién es el responsable de la continuidad asistencial o de la baja calidad de la asistencia?, ¿cuál es la función de los psiquiatras y en qué lugar de esta «telaraña» se sitúan profesionalmente?

Liderazgo

Los modelos complejos de servicios requieren un liderazgo fuerte y claramente establecido, tanto en lo que se refiere a las intervenciones como a los equipos, las organizaciones y los sistemas. La capacidad de liderazgo o conducción implica la coordinación de los equipos de trabajo, de los procesos de cambio estratégico y del suministro de los servicios y, por lo tanto, es esencial para una asistencia adecuada y eficiente, pero generalmente no es responsabilidad de una sola persona. En cada ámbito de acción, la calidad de la implementación y de la asistencia está asociada con frecuencia a un individuo competente e identificable. Es necesario establecer una distinción entre la conducción o el liderazgo y la gestión ejecutiva. Tradicionalmente, los psiquiatras han dirigido los hospitales psiquiátricos, apoyados por los gestores administrativos. En los servicios comunitarios las líneas de autoridad y de gestión no son tan claras y, así como existen distintas funciones y roles, pueden ser necesarios líderes distintos incluso dentro de un mismo equipo. El mal funcionamiento de los servicios se puede atribuir a menudo a la confusión de roles, y una dificultad clave en esta cuestión es la formación tanto de los individuos como de los equipos. El problema que reaparece de manera constante es el del rol de liderazgo óptimo de los psiquiatras en los servicios modernos de salud mental, y la relación entre este liderazgo, la gestión de los servicios y el trabajo clínico.

Sistemas de información

La complejidad de los sistemas asistenciales basados en la comunidad puede dar lugar a situaciones no deliberadas de falta de asistencia o de duplicación de los servicios. Para que los psiquiatras puedan trabajar de manera eficaz, necesitan información que

les permita planificar, actuar y evaluar. Es obvia la necesidad de contar con sistemas y procesos que faciliten un trabajo clínico eficiente, permitan controlar los presupuestos y ayuden a la planificación y la inspección. Sin embargo, la realidad es que estos sistemas son muy complejos y costosos desde el punto de vista económico. Para que los sistemas de información puedan funcionar es necesario introducir datos de entrada en cantidad suficiente. Además, con frecuencia se genera una tensión entre las expectativas de los clínicos y los gestores, pues los clínicos pretenden introducir en el sistema de información una cantidad mínima de datos para exigir posteriormente que el sistema ofrezca una información máxima. Los especialistas en diseño de sistemas de información no siempre tienen en cuenta los requerimientos del tiempo y de la realidad clínica, de manera que las expectativas acerca de la validez pueden ser extremadamente optimistas. Considerando la importancia que tiene la información para la práctica clínica, la gestión y la contabilidad, el grado de implicación de los clínicos en el diseño de los sistemas y en la formación de las plantillas suele ser insuficiente.

Investigación

La investigación es esencial para generar y validar las innovaciones asistenciales, pero sus resultados debe ser interpretados con cuidado. Hay abundantes ejemplos de ignorancia de la evidencia bien establecida o de aceptación entusiasta de resultados de investigación irrelevantes o erróneos, y los psiquiatras deben ser capaces de evaluar la calidad de los hallazgos de investigación y su aplicación en un contexto determinado, informando de ello a los responsables de la toma de decisiones. A su vez, la introducción de nuevos modelos de servicio e intervenciones debe estar sometida a procedimientos de auditoría y evaluación, para que sea posible determinar sus efectos beneficiosos y la necesidad de su adaptación. Por otra parte, tampoco se ha determinado hasta qué punto la investigación es una función especializada o una parte básica de la experiencia psiquiátrica.

Competencia

Una dificultad importante y una de las prioridades de la Declaración es el grado de competencia de los profesionales. La transformación de los servicios y de la práctica clínica exige cambios en las actitudes, la formación y la educación. Todo ello implica una reconsideración del desarrollo de las competencias, a fin de formar psiquiatras idóneos para los nuevos objetivos que se establezcan. La función de los psiquiatras debe ser considerada en conjunción con las ejercidas por otros profesionales, lo que puede representar un nuevo problema, debido a los diferentes organismos responsables del desarrollo de los planes de estudio y de entrenamiento, tanto en cada grupo de profesionales como entre los distintos grupos. Especialmente, en muchos países hay un desarrollo insuficiente de algunos campos profesionales, como el de enfermería y el del trabajo social, tanto en cuanto al número de profesionales como en cuanto a la definición de sus competencias. La apertura internacional de fronteras para la práctica clínica también obliga a la aplicación de estándares de calidad uniformes en los distintos países, tal como la competencia en psicoterapias basadas en la evidencia. Organizaciones como la WPA y como la European Union of Medical Specialists (UEMS) deben desempeñar una función importante en esta área. Una dificultad compleja y relacionada con la anterior es la migración de los profesionales de algunos países, con el incentivo negativo que ello implica para la formación de profesionales de salud mental en los países en los que se origina este tipo de emigración.

Desarrollo de la carrera profesional

El sistema asistencial psiquiátrico considerado indica un crecimiento en el número de funciones que pueden desempeñar los psiquiatras. Ningún profesional individual puede adquirir toda la experiencia necesaria para ser un líder del servicio asistencial, un experto clínico en las diversas áreas de su especialidad, un investigador y un profesor. La variedad de funciones necesarias en la asistencia psiquiátrica y su constante cambio indican que la formación básica sólo puede ofrecer preparación respecto a los aspectos fundamentales, y que es necesaria una especialización adicional para poder desempeñar las múltiples funciones que deben asumir los psiquiatras. Esta situación crea una oportunidad estimulante para la formación continuada y para la especialización adicional vinculada con las diversas etapas de la carrera profesional, fundamentadas en la experiencia, el interés y la aptitud.

Calidad y financiación

Si la Psiquiatría pretende actuar de manera eficaz, necesita ser una especialidad atractiva de la carrera de medicina. Si se desea desarrollar servicios comunitarios eficaces, éstos deben ofrecer una atención cuya calidad sea, al menos, comparable a la de la asistencia hospitalaria. Sin embargo, esto no es lo más habitual. En general, la calidad de los servicios psiquiátricos es muy baja. Actualmente, la financiación de la salud mental es muy escasa en muchos países, de manera que no es posible el desarrollo de una modernización de los servicios (5). Además, también se generan incentivos negativos para la provisión de los servicios de carácter comunitario, como los reembolsos económicos fundamentados en los días de ocupación de las camas hospitalarias y la limitación de los presupuestos dedicados a los tratamientos de carácter comunitario. La mayor parte de los psiquiatras son profesionales asalariados de ingresos comparativamente bajos, debido a que las tasas de reembolso económico discriminan negativamente a la enfermedad mental. Son ejemplos de ello el uso de fórmulas de copago por parte de los pacientes con bajo poder adquisitivo que sufren problemas graves de salud mental, así como la exclusión de las psicoterapias. Algunos países también ofrecen salarios más bajos a los profesionales que ejercen en el contexto comunitario, en comparación con los que lo hacen en el contexto hospitalario.

Legislación

La legislación sobre salud mental debe establecer claramente los valores que sustentan una asistencia psiquiátrica positiva, estableciendo un equilibrio entre los derechos de autonomía de las personas que sufren enfermedades mentales y su protección en nombre de la sociedad. La legislación también debe ofrecer un marco para la práctica clínica eficaz, estableciendo —nuevamente— un equilibrio entre el juicio emitido por los clínicos y los derechos de los pacientes, sus familiares o la sociedad. Además, hay que salvaguardar la protección de los clínicos. A pesar de que este balance nunca será totalmente satisfactorio para todas las partes implicadas, la legislación existente en la actualidad en algunos países tiene un carácter disfuncional, que dificulta la innovación en los servicios. Hay también algunos ejemplos en los que la legislación es tan innovadora que pierde su contacto con la realidad, de manera que genera una falta de respeto por la salud mental y un desinterés por la práctica moderna.

Estigma

Las consecuencias negativas del estigma afectan a todas las partes implicadas en la salud mental y su impacto puede explicar muchas cosas. El estigma da lugar a la discriminación de los pacientes y sus familiares. Causa la marginalización de la Psiquiatría y desmoraliza a sus profesionales. La afluencia de estudiantes de medicina hacia la especialidad de Psiquiatría es baja, y está disminuyendo en muchos países, en un momento en el que son necesarios más psiquiatras. Con frecuencia, las unidades de Psiquiatría están ubicadas en las zonas más degradadas de los hospitales generales, si es que no se las expulsa de manera completa de ellos. Todo ello ejerce un profundo impacto negativo sobre la calidad y la eficacia de los psiquiatras, y posiblemente representa una de las principales dificultades que es necesario abordar para superar la crisis a la que se enfrenta la Psiquiatría en algunos países.

CONCLUSIÓN

El consenso alcanzado en la Declaración de Helsinki, firmada por los 52 Estados miembro de la OMS-EURO, ofrece a toda una generación la oportunidad de dirigir la reforma y ya ha impulsado una considerable actividad en diversas áreas de desarrollo político y de la práctica clínica. Las estrategias y la legislación que se están implementando en la Región europea afectan a los servicios que se llevan a cabo en los contextos comunitarios. Sin embargo, también definen las dificultades que deben abordar los servicios para actuar de forma eficaz y eficiente en la resolución de las necesidades de los pacientes, las familias y los profesionales. Los psiquiatras ocupan una posición de liderazgo y poseen gran parte de la experiencia necesaria para abordar estas dificultades en muchos países. Se plantean oportunidades para el aprendizaje a partir de las experiencias de investigación, de política y de práctica clínica en los diversos países. También se plantea la oportunidad de que organizaciones profesionales como la WPA y la UEMS, trabajando conjuntamente con organismos intergubernamentales como la OMS, puedan utilizar el conocimiento y la experiencia existentes para afrontar las dificultades. El próximo decenio puede ser decisivo en cuanto a los cambios en el abordaje de la salud mental.

World Psychiatry 2006; 4: 113-117

Bibliografía

1. World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
2. World Health Organization Regional Office for Europe. Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference, 2005. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2005.
3. World Health Organization. The world health report 2004. Geneva: World Health Organization, 2004.
4. Council of Europe. Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, as amended by Protocol No. 11. Rome: Council of Europe, 1950.
5. World Health Organization. Mental health atlas – 2005. Geneva: World Health Organization, 2005

Cultura y salud mental en las mujeres del Sudeste Asiático

UNAIZA NIAZ, SEHAR HASSAN

Psychiatric Clinic and Stress Research Center, 6C, 7th Commercial Lane, Zamzama Boulevard, Phase V, D.H.A. Karachi, Pakistan

En este artículo se analiza el impacto de los factores culturales sobre la salud mental de las mujeres que residen en el Sudeste Asiático. La existencia de una marcada discriminación hacia el sexo femenino en el Sudeste Asiático ha hecho que las mujeres desempeñen en la sociedad un papel de segunda clase. Su morbilidad, sus posibilidades laborales, su autoestima y autoimagen, así como su dignidad e identidad, parecen depender de los miembros masculinos de una sociedad de carácter patriarcal. Las mujeres carecen de prestigio social y muestran una dependencia tanto económica como emocional, que limita su autoexpresión y sus posibilidades de desarrollo vital. Todos estos factores, junto con las presiones familiares, sociales y laborales, ejercen un fuerte impacto sobre la salud mental de las mujeres.

Palabras clave: cultura, salud mental, mujeres, sociedad patriarcal, violencia cultural

El Sudeste Asiático es una de las regiones del mundo más pobladas y más pobres. Se enfrenta a dificultades sociales, económicas y sanitarias inmensas: persistencia de desigualdades, violencia, inestabilidad política y una elevada incidencia de enfermedades.

En los casos en los que se han abordado las necesidades sanitarias de las mujeres que residen en esta región del mundo, las actividades se han centrado generalmente en las cuestiones asociadas a la reproducción, como la planificación familiar y la crianza de los hijos, mientras que la salud mental de las mujeres ha sido un aspecto relativamente abandonado.

En el Sudeste Asiático, la mayor parte de las sociedades tiene un carácter predominantemente patriarcal. El pensamiento habitual en estas sociedades es que «las niñas deben ser alimentadas durante toda su vida» y que «los niños van a ganar su sustento y el de toda su familia». Este pensamiento se refleja en diversos comportamientos discriminadores de las personas. El nacimiento de un niño es celebrado con fervor, incluso por las familias muy pobres, que utilizan todos sus recursos para la celebración de dicho acontecimiento aunque deban endeudarse para ello. Por otra parte, el nacimiento de una niña no es una buena noticia. La situación es todavía peor en algunas áreas rurales de India en las que a las niñas se les niega incluso el derecho a la vida. La selección en función del sexo durante el embarazo todavía es alarmante en India, en donde se fuerza a las mujeres a abortar los fetos de sexo femenino. En una de las áreas rurales de India, cuando una mujer volvía desde el hospital con una niña recién nacida, su suegra preparaba una pócima venenosa de cilantro, que se hacía tragar a la recién nacida en una cucharada de aceite. La razón de ello era que el sacrificio de una hija garantizaba un hijo varón en el embarazo siguiente. En Pakistán, aunque no se practican estos comportamientos extremos, las parejas son forzadas a menudo por los familiares de más edad (especialmente, por las suegras) a perseverar en la procreación hasta que nace un niño, lo que en muchos casos hace que el matrimonio tenga cinco o seis niñas antes de ello.

En esta región, todavía se siguen algunas tradiciones y costumbres antiguas que promueven distintas formas de violencia contra las mujeres: los asesinatos por honor, los matrimonios de intercambio, el matrimonio con el Corán, el Karo-kari, el pago de un precio por la novia, la dote, la circuncisión femenina, la negativa a otorgar a las mujeres la capacidad para testificar, la reclusión en el hogar, la negación de los derechos de las mujeres para elegir pareja. En algunas áreas rurales de Sindh, Pakistán, y Punjab, India, se priva a las niñas de sus derechos de matrimonio con el único objetivo de que sigan siendo propiedad de la familia. La cruel costumbre de obligar a las niñas a jurar sobre el Corán que renuncian a su parte de la herencia en favor de sus hermanos incrementa todavía más la miseria en

las vidas, ya de por sí miserables, de estas mujeres encarceladas.

Las normas culturales prevalecientes en el Sudeste Asiático perpetúan la posición de subordinación de las mujeres, tanto social como económicamente. En esta región es muy frecuente que las niñas y las mujeres solteras sufran un estrés físico y psicológico tremendo debido al comportamiento violento de los hombres. Las características de esta violencia son el apaleamiento o el asesinato de la esposa, la violación, el secuestro, el ataque físico y el lanzamiento de ácido. Las causas más frecuentes de los actos de violencia son las disputas domésticas debidas a la incapacidad de la familia de la mujer para realizar los pagos de la dote acordados en el momento del matrimonio. Además de ello, muchas mujeres y niñas pequeñas de las distintas regiones del Sudeste Asiático son víctimas del tráfico de mujeres y forzadas a ejercer la prostitución, obligadas a contraer matrimonios no deseados y a ejercer trabajos en condiciones de esclavitud. El analfabetismo, las fuerzas políticas, la cultura de carácter feudal y tribal, los errores en la comprensión y la interpretación de los principios religiosos y, especialmente, la baja posición que ocupan las niñas en la sociedad son factores que potencian y mantienen la explotación sexual de las mujeres. Las víctimas del tráfico de mujeres se enfrentan a violencia, intimidación, violaciones y tortura por parte de los propietarios de los burdeles e incluso por parte de los agentes responsables del cumplimiento de la ley. Esta servidumbre sexual se mantiene a través de la coerción, el abuso físico, el chantaje emocional, la privación económica, el aislamiento social y las amenazas de muerte (1). A menudo, la violencia se justifica en función de las costumbres y las tradiciones (2).

El escenario actual existente en el Sudeste Asiático es todavía más dramático en las áreas rurales, donde persisten sistemas de carácter feudal en los cuales el jefe de la tribu y el Jirga ostentan el mando. Diversas organizaciones no gubernamentales, movimientos en favor de los derechos de las mujeres, Amnistía Internacional y organizaciones dedicadas a los derechos humanos trabajan periódicamente para el seguimiento de las víctimas de la violencia y para intentar que los culpables respondan por sus delitos ante la justicia.

IMPACTO DE LA VIOLENCIA CULTURAL SOBRE LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES

En un metaanálisis correspondiente a 13 estudios epidemiológicos efectuados en diversas regiones de India se demostró que la prevalencia global de los trastornos mentales en las mujeres era de 64,8 casos por 1.000. Las mujeres mostraban índices de prevalencia significativamente superiores tanto de neurosis como de trastornos afectivos y psicosis orgánicas, en comparación con los

varones (3). En una encuesta realizada en Nepal se demostró que las mujeres presentaban una morbilidad psiquiátrica superior a la de los varones, en una proporción de 2,8:1 en el centro de salud y del 1,1:1 en el hospital del distrito (4). En un estudio realizado en Bangladesh se demostró que la proporción entre mujeres y varones respecto al padecimiento de trastornos mentales era de 2:1 y, respecto al suicidio, de 3:1 (5).

En un estudio realizado en Pakistán (6) se demostró que los factores asociados a los trastornos depresivos en las mujeres de clase social superior y media eran los conflictos conyugales (25,5 %), los conflictos con la familia política (13 %), la dependencia económica (10 %), la falta de un trabajo remunerado (14 %) y el estrés por las responsabilidades tanto en el hogar como en el puesto de trabajo (9 %). En otro estudio efectuado en el mismo país (7) se observó que los factores más frecuentes que llevaban al suicidio a las mujeres eran los conflictos con el marido y con la familia política. Las mujeres que se enfrentan a situaciones de violencia doméstica con su marido o la familia de éste no tienen salida, debido a que el sistema considera que estos actos de violencia están justificados. La policía y los organismos judiciales son habitualmente reacios a intervenir, considerando que se trata de una disputa doméstica. Si la mujer abandona al marido se enfrenta a innumerables problemas, como el rechazo de la sociedad, los problemas económicos y los problemas emocionales de sus hijos que crecen sin el padre. La tendencia de las mujeres a internalizar el dolor y el estrés, así como su baja posición social, con escasa capacidad de actuación sobre su entorno, hacen que estas personas sean más vulnerables a la depresión cuando soportan situaciones de estrés.

Se acepta generalmente que el mantenimiento de un puesto de trabajo induce un efecto beneficioso sobre la salud psicológica. Brinda a las personas oportunidad de desarrollar intereses, posibilidad de realización, un marco estructural y sensación de control, así como ingresos económicos, reconocimiento social y contactos sociales. Las mujeres que residen en el Sudeste Asiático tienen pocas oportunidades de conseguir un empleo remunerado, lo que influye negativamente en su bienestar mental.

En algunas regiones del Sudeste Asiático, la violencia ha alcanzado magnitudes realmente asombrosas; en un reciente estudio efectuado en la población general de India, se observó que casi la mitad de las mujeres sufría violencia física (8). En la mayor parte de los países del Sudeste Asiático se considera que las mujeres son las únicas responsables de los hijos, y la culpa de que no puedan dar a luz al número deseado de hijos es incuestionablemente de ellas, lo que da lugar a una desestabilización en su posición social (9-11). En varios estudios se ha demostrado que un elevado número de estas mujeres sufre un acoso emocional grave en sus hogares conyugales, bajo la forma de ostracismo respecto a las celebraciones familiares, burlas y estigmatización, así como golpes y privación de alimentos y de los elementos necesarios para el cuidado de la salud (12, 13). En un estudio realizado en Karachi se evaluaron las experiencias sufridas por las mujeres con cuadros de infertilidad secundaria: el 10,5 % de ellas había sufrido abuso físico y verbal por parte de sus maridos y el 16,3 % por parte de la familia de éste. Presentó dificultades mentales graves casi el 70 % de las mujeres sometidas a abuso físico y el 60 % de las sometidas a abuso verbal (14).

Hay otros tipos de violencia que se ejercen contra las mujeres y que no adoptan la forma de ataques brutales. Las exigencias sociales hacia las mujeres viudas, las que, aun siendo jóvenes, deben llevar una vida rigurosa y austera, aisladas socialmente y sin posibilidad alguna de acceso a los hombres, han sido consideradas durante siglos como una medida necesaria para alejarlas de la tentación y el pecado. La práctica del «sati» en ciertas partes de India, que indica que la esposa se debe arrojar a la pira funeraria de su marido, ha sido documentada no hace demasiado tiempo. Estos comportamientos de autonegación, tortura y hasta

muerte son santificados y glorificados, e incluso hay templos erigidos en honor a la diosa del sati.

El índice de problemas mentales también es elevado en las mujeres trabajadoras de los países del Sudeste Asiático, y los factores culturales están entre las variables que contribuyen a ello (15). Estas dificultades mentales suelen ser pasadas generalmente por alto (16). Finalmente, las recientes reformas económicas que se han efectuado en el Sudeste Asiático se han acompañado de un incremento en la incidencia de casos notificados de violencia doméstica, violación y alcoholismo (17).

CONCLUSIONES

Incluso en el nuevo milenio, las mujeres del Sudeste Asiático carecen de derechos socioeconómicos y legales. Viven en un sistema en el que los mandatos religiosos, los códigos tribales, las tradiciones feudales y las leyes discriminatorias son prevalentes. Están acosadas por una serie de desventajas sociales y psicológicas a lo largo de toda su vida, además de que deben afrontar durante muchos años la crianza de los hijos. A menudo acaban en la pobreza y en situaciones de aislamiento y de discapacidad psicológica. En algunas regiones urbanas del Sudeste Asiático, las funciones sociales de las mujeres se han modificado en cierta medida. Actualmente, presentan comparativamente más oportunidades educativas, laborales y de disfrute de los derechos civiles en la sociedad. Sin embargo, la eliminación de los roles estereotipados atribuidos tradicionalmente al sexo femenino por estas sociedades está todavía muy lejos.

World Psychiatry 2006; 4: 118-120

Bibliografía

1. Ghaus K. Trafficking of women and children in South Asia and within Pakistan. Lahore: Dawn Printing Press, 2001.
2. Hayat AA. Women: victim of social evils. Karachi: Press Corporation of Pakistan, 2002.
3. Reddy MV, Chandrasekhar CR. Prevalence of mental and behavioural disorders in India: a meta-analysis. *Indian J Psychiatry* 1998;40:149-57.
4. Wright C, Nepal MK, Bruce Jones WDA. Mental health patients in PHC services in Nepal. *J Inst Med* 1990;12:65-74.
5. Ministry of Health and Family Welfare. Women, health and development country profile: Bangladesh. Dhaka: Ministry of Health and Family Welfare, 1999.
6. Niaz U. Violence against women: women's rights are human rights. Karachi: Soroptimist Club International, 1995.
7. Khan M. Suicide and parasuicide in Pakistan. *Journal of Crises International and Suicide Prevention* 1998;19:148-51.
8. Jejeebhoy S. Wife-beating in rural India: a husband's right? Evidence from survey data. *Economic and Political Weekly* 1998; 33:855-62.
9. Mindes EJ, Ingram KM, Kliever W et al. Longitudinal analyses of the relationship between unsupportive social interactions and psychological adjustment among women with fertility problems. *Soc Sci Med* 2003;56:2165-80.
10. Abbey A, Andrews FM, Halman LJ. Infertility and subjective well-being: the mediating roles of self-esteem, internal control, and interpersonal conflict. *J Marriage Fam* 1992;54:408-17.
11. Iyengar K, Iyengar S. Dealing with infertility: experiences of reproductive health program in Southern Rajasthan. National consultation on infertility prevention and management. New Delhi: UNFPA, 1999.
12. Riessman CK. Stigma and everyday resistance practices: childless women in South India. *Gender and Society* 2000;14:111-35.
13. Nahar P, Sharma A, Papreen N et al. Living with infertility: experiences among urban slum populations in Bangladesh. *Reproductive Health Matters* 2000;8:33-44.

14. Sami N, Saeed T. Psycho-social consequences of secondary infertility in Karachi. *Journal of Pakistan Medical Association* 2006;56:19.
15. Bhushan B, Sheikh K. A study of insecurity feeling, social anxiety, and mental health of working and non-working women. Presented at the Symposium on Psycho Social Perspectives of Women and Their Empowerment, Varanasi, India, February 23, 2002.
16. Davar BV. *Mental health of Indian women - A feminist agenda*. New Delhi: Sage Publications, 1999.
17. Subramaniam V. The impact of globalization on women's reproductive health and rights: a regional perspective. *Development* 1999;42:145-9.

Carta al director

En el interesante artículo de Rosen (1) se propone la aplicación de una perspectiva global y conjunta para establecer una estrategia antiestigma que pueda ser implementada en la «práctica asistencial cotidiana». Esta propuesta representa un oportuno cambio de actitud (que el abajo firmante espera se lleve a cabo) y demuestra el serio interés de la psiquiatría occidental por incorporar, en alguna forma de manifiesto general para el cambio, los resultados del material «etnográfico» procedente de todo el mundo.

Quizá de manera sorprendente, esta postura representa un avance notable respecto a una tendencia anterior muy arraigada a definir y presentar el material etnográfico o antropológico de una manera que alimentaba un deseo de tipo «voyeurista» por parte de psiquiatría occidental; en efecto, los elementos de otras culturas eran percibidos como «extraños», «exóticos» o «curiosos». Por supuesto, términos tales como «primitivo» y «tercer mundo» no propiciaban la receptividad de Occidente respecto a los valores e ideas de las culturas «orientales» o «tradicionales». Sin embargo, el espíritu de receptividad que se manifiesta en el artículo de Rosen puede arrojar, si se mantiene y difunde, dividendos muy fructíferos.

Creo personalmente que este tipo de perspectiva global podría (si bien de manera algo paradójica) aclarar en última instancia los valores y suposiciones inherentes a la cultura occidental que, aunque no siempre de manera tan tangible, constituyen el auténtico suelo que pisamos. Se podría comprobar (aunque esto fuera una experiencia desconcertante y humillante) que estos valores, presunciones y tendencias pueden estar implicados por sí mismos en la estigmatización y la alienación de ciertos grupos. Entre los valores aludidos pueden mencionarse: las conceptualizaciones dicotómicas de la salud y la enfermedad; la idealización cultural del «racionalismo» y el rechazo de todo lo «irracional»; la relativa hostilidad frente a las explicaciones «no científicas» (tanto las tradicionales como las espirituales, trascendentales, etc.), y la incansable búsqueda de la categorización y la clasificación, insistiendo en que los individuos «habiten» determinadas identidades, que lesionan el sentido de autoafirmación de las personas.

Durante decenios, los antropólogos han observado que la alienación social y la estigmatización de los pacientes, observadas en las sociedades occidentales modernas, no son fenómenos inevitables que se presenten en todas las culturas. El antropólogo Devereux señaló en 1956, en relación con la respuesta de las sociedades primitivas frente a los individuos psicóticos: «La estructura de la sociedad era tal que no permitía que el paciente psicótico “perdiera status” o fuera “apartado” de su vida habitual» (2). Mis observaciones recientes en zonas rurales del norte de India respaldan estas consideraciones. Sin embargo, Rosen está más de acuerdo con la idea de que el abordaje mundial del problema constituido por la experiencia psicótica podría ofrecer datos a las campañas antiestigma contemporáneas, mostrando que algunos conceptos extraídos de la etnopsiquiatría o de la antropología pueden ser «importados» a la práctica cotidiana de la psiquiatría. Rosen también demuestra que las necesidades de la psiquiatría (e incluso las necesidades de la sociedad) no se satisfacen a través de una antropología (o de unas ciencias humanas, en general) que mantengan una relación distante con la psiquiatría, tal como parece ocurrir en la actualidad (v. 3), sino a través de una relación más íntima entre esas disciplinas, que posibilitaría el enriquecimiento mutuo.

Tony B. Benning

*Michael Carlisle Centre, Nether Edge Hospital
75 Osborne Road, Sheffield S11 9BF, UK*

World Psychiatry 2005; 4: 121

Bibliografía

1. Rosen A. Destigmatizing day-to-day practices: what developing countries can learn from developing countries. *World Psychiatry* 2006;1:21-4.
2. Littlewood R, Dein S. *Cultural psychiatry and medical anthropology*. London: Athlone Press, 2000.
3. Pilgrim D, Rogers A. The troubled relationship between psychiatry and sociology. *Int J Soc Psychiatry* 2005;51:228-41.

Encuesta General Trienal de la actividad de la WPA (2002-2005)

JOHN L. COX¹, EDUARDO ASUEJO²

¹WPA Secretary General

²Department of Social Science, University of Lima, Peru

La Encuesta General de la WPA persigue un conocimiento más profundo de la Asociación, un control de su actividad en las diversas áreas de sus responsabilidades constitucionales y el establecimiento de una base más sólida para la definición del desarrollo de sus estrategias y políticas. Además, la Encuesta representa un canal de participación institucional que facilita la interacción y la integración de los diversos estamentos que componen la WPA, así como un fructífero debate sobre sus procedimientos y actividades.

Durante el período 1993-1996 se realizó la primera encuesta, que consistió en 10 preguntas dirigidas a las sociedades miembro. Las respuestas se ofrecieron de manera narrativa y, en muchos casos, en el idioma propio de los encuestados. A pesar de las dificultades, esta encuesta ofreció información útil y puede ser considerada un precedente valioso de las dos posteriores encuestas.

La Encuesta General 1996-1999 se realizó a todos los componentes de la WPA. En ella se abordaron 10 áreas principales de la actividad de la Asociación a través de 45 preguntas. Las respuestas eran de dos tipos: verificación con marca (principalmente para las medidas de evaluación) y de tipo narrativo conciso (para las sugerencias y la información individualizada). Casi todos los participantes utilizaron el idioma inglés en sus respuestas.

La Encuesta General para el período 1999-2002 se amplió a todos los componentes clave [la anterior: a todos los componentes] de la WPA y abordó 12 áreas de la actividad de la WPA a través de 51 preguntas. Se incorporaron áreas nuevas e importantes del trabajo de la WPA, como las actividades zonales y las declaraciones de consenso, manteniendo las respuestas de los dos tipos, es decir, de verificación con marca y de tipo narrativo conciso.

La Encuesta General correspondiente al período 2002-2005 abordó nuevas áreas de actividad que reflejaban el desarrollo institucional creciente. Sin embargo, se mantuvo la estructura del cuestionario previo para facilitar el establecimiento de comparaciones entre los distintos períodos.

El boceto de la Encuesta fue diseñado por la Secretaría general de la WPA y modificado después en función de las aporta-

ciones realizadas por el Comité ejecutivo de la WPA. La oficina de la Secretaría general de la WPA distribuyó el cuestionario a los directivos y líderes de todos los estamentos de la WPA. Esta distribución se realizó a través de fax o de correo electrónico. El cuestionario fue reenviado en dos o tres ocasiones en los casos en los que no se obtuvo respuesta a los envíos previos.

El número total de cuestionarios distribuidos inicialmente fue de 261 (125 socie-

dades miembro, 55 secciones, 8 miembros del Comité ejecutivo, 18 representantes de zona, 10 miembros del Consejo, 20 miembros del Comité permanente y 25 miembros del Comité operativo). No obstante, tras la eliminación de las duplicaciones debidas al hecho de que algunos directivos ocupan más de un cargo, finalmente se utilizó la cifra de 227 cuestionarios como la base de referencia. El índice de respuesta final fue del 64 % (64 % de las sociedades miembro,

Tabla 1. Grado de cumplimiento de los objetivos estatutarios de la WPA

		Encuesta 2002-2005 (%)	Encuesta 1999-2002 (%)	Encuesta 1996-1999 (%)
Potenciación del conocimiento y las habilidades en salud mental	Cumplido	93,2	89,1	80,6
	No cumplido	2,7	4,9	7,5
	No valorado	4,1	6,0	11,8
Mejora de la asistencia de los enfermos mentales	Cumplido	78,1	72,3	57,0
	No cumplido	15,1	20,1	25,8
	No valorado	6,8	7,6	17,2
Promoción de la prevención de las enfermedades mentales	Cumplido	69,9	62,0	42,5
	No cumplido	26,7	29,3	40,9
	No valorado	3,4	8,7	16,7
Promoción de la salud mental	Cumplido	79,5	69,6	50,5
	No cumplido	16,4	22,8	31,2
	No valorado	4,1	7,6	18,3
Preservación de los derechos de los enfermos mentales	Cumplido	82,9	74,5	62,4
	No cumplido	12,3	19,0	21,5
	No valorado	4,8	6,5	16,1
Promoción de estándares éticos máximos en cuanto a asistencia, enseñanza e investigación psiquiátricas	Cumplido	87,0	76,1	65,6
	No cumplido	9,6	16,8	19,9
	No valorado	3,4	7,1	14,5
Promoción de los estándares de calidad máximos en cuanto a asistencia, enseñanza e investigación psiquiátricas	Cumplido	77,4	64,7	
	No cumplido	17,8	27,7	
	No valorado	4,8	7,6	
Promoción de la ausencia de discriminación (igualdad) en la asistencia de los enfermos mentales	Cumplido	72,6	70,7	50,5
	No cumplido	21,9	22,8	31,2
	No valorado	5,5	6,5	18,3
Protección de los derechos de los psiquiatras	Cumplido	65,8	50,0	31,7
	No cumplido	26,0	40,2	46,2
	No valorado	8,2	9,8	22,0

Tabla 2. Rendimiento de las actividades de la Secretaría de la WPA

	Encuesta 2002-2005 (%)	Encuesta 1999-2002 (%)	Encuesta 1996-1999 (%)
Malo	1,4	2,2	8,1
Regular	12,3	10,3	23,7
Bueno	52,1	38,6	45,7
Excelente	30,8	42,4	18,8
No valorado	3,4	6,5	3,8

Tabla 3. Calidad global de los programas educativos de la WPA

	Encuesta 2002-2005 (%)	Encuesta 1999-2002 (%)	Encuesta 1996-1999 (%)
Mala	2,1	3,3	3,8
Regular	15,1	9,2	16,1
Buena	51,3	53,3	53,8
Excelente	19,9	16,8	10,2
No valorada	11,6	17,4	16,1

Tabla 4. Rendimiento de las secciones de la WPA

	Encuesta 2002-2005 (%)	Encuesta 1999-2002 (%)	Encuesta 1996-1999 (%)
Notas de prensa de las secciones de la WPA			
Malo	2,7		
Regular	14,4		
Bueno	61,0		
Excelente	17,8		
No valorado	4,1		
Apartado «Avances en Psiquiatría»			
Malo	2,7		
Regular	10,3		
Bueno	46,6		
Excelente	25,3		
No valorado	15,1		
Información acerca de las secciones de la WPA			
Malo	10,3	20,6	26,9
Regular	37,0	28,9	36,6
Bueno	39,0	34,2	26,3
Excelente	8,2	8,2	4,8
No valorado	5,5	7,1	5,4
Organización interna y funcionamiento de las secciones individuales			
Malo	8,2	9,8	
Regular	33,6	34,8	
Bueno	39,7	32,1	
Excelente	4,8	4,3	
No valorado	13,7	19,0	
Intensidad y funcionamiento de las colaboraciones entre las secciones			
Malo	18,5	25,0	
Regular	39,7	38,0	
Bueno	23,3	15,8	
Excelente	4,8	2,7	
No valorado	13,7	18,5	
Reuniones organizadas por las secciones			
Malo	5,5		
Regular	17,1		
Bueno	45,9		
Excelente	13,7		
No valorado	17,8		
Publicaciones producidas por las secciones individuales (libros, revistas, boletines informativos, notas de prensa)			
Malo	5,5		
Regular	23,3		
Bueno	43,8		
Excelente	11,6		
No valorado	15,8		
Programas educativos producidos por las secciones			
Malo	9,6		
Regular	22,6		
Bueno	44,5		
Excelente	6,2		
No valorado	17,1		
Declaraciones de consenso producidas por las secciones			
Malo	8,2		
Regular	21,9		
Bueno	41,8		
Excelente	10,3		
No valorado	17,8		
Rendimiento global de las secciones de la WPA			
Malo	5,5	9,2	12,4
Regular	21,2	29,4	31,7
Bueno	50,0	38,0	34,9
Excelente	8,9	6,5	2,7
No valorado	14,4	16,9	18,3

73 % de las secciones, 88 % de los miembros del Comité ejecutivo, 88 % de los representantes de zona, 14 % de los miembros del Consejo y 25 % de los miembros de los Comités permanente y operativo).

Los resultados de la Encuesta, comparados con los correspondientes a los períodos 1999-2002 y 1996-1999, se muestran en las tablas 1-7.

Con respecto al cumplimiento de los objetivos de la WPA, las valoraciones fueron elevadas, de manera casi constante (tabla 1). Además, estas valoraciones fueron superiores a las correspondientes a la Encuesta 1999-2002 las que, a su vez, habían sido superiores a las de la Encuesta 1996-1999. Los objetivos que obtuvieron los índices de cumplimiento más elevados fueron «la potenciación de los conocimientos y las habilidades relativos a la asistencia psiquiátrica» (93,2 %), «la promoción de estándares éticos máximos» (87,0 %) y «la preservación de los derechos de los enfermos mentales» (82,9 %). En el otro extremo del espectro, los objetivos que obtuvieron los índices de cumplimiento menores fueron «la promoción de la prevención de las enfermedades mentales» (69,9 %) y «la protección de los derechos de los psiquiatras» (65,8 %). Otro aspecto positivo en la Encuesta actual fue la disminución del porcentaje de respuestas «no valorado», en comparación con las encuestas anteriores. Las principales sugerencias que se ofrecieron para mejorar los objetivos con grado de cumplimiento bajo («potenciar los aspectos éticos, los derechos humanos y la legislación en la asistencia psiquiátrica» y «mejorar los servicios psiquiátricos para promocionar la prevención de la enfermedad mental») reflejan una insistencia genuina sobre aspectos clave de nuestra misión institucional.

Entre las necesidades de las sociedades miembro y de otros componentes de la WPA, las señaladas con mayor frecuencia fueron «el apoyo económico, estratégico y logístico», «los materiales educativos y las actividades formativas de calidad» y «la colaboración entre las distintas secciones y comités de la WPA».

El rendimiento de la Secretaría de la WPA (tabla 2) fue considerado «excelente» por el 30,8 % de los encuestados y «excelente» o «bueno» por el 82,9 % (una proporción similar de respuestas positivas a las obtenidas durante el trienio previo. Sin embargo, es necesario prestar una atención especial a las respuestas que sugerían la mejora de los servicios proporcionados: la sugerencia principal fue «un mayor apoyo a los componentes de la WPA», seguida del «uso más frecuente de la tecnología moderna (Internet: correo electrónico, sitio web)» y del «incremento de las ayudas económicas y logísticas».

En cuanto a la estructura zonal y las actividades actuales de la WPA, la mayor

parte de las respuestas fue «buena» o «regular». Las sugerencias mencionadas con mayor frecuencia fueron «la mejora de los contactos organizativos y de las reuniones zonales», «la mejora de la información relativa a las actividades y planes de las zonas, así como de las notas de prensa en las distintas zonas» y «la adaptación de la estructura y las funciones de las zonas y de los representantes de zona». Estos resultados son congruentes con los obtenidos en la encuesta previa y requieren una atención especial.

Un dato muy alentador fue el correspondiente a las valoraciones positivas de los ítems correspondientes a la visibilidad externa y al impacto de la WPA, que fueron valorados como «buenos» o «excelentes» por el 62,4 % de los encuestados, un porcentaje similar al obtenido en la Encuesta 1999-2002 y mucho mayor que el obtenido en la Encuesta 1996-1999. Las recomendaciones ofrecidas con mayor frecuencia para mejorar la visibilidad externa de la WPA fueron «la mejora de las comunicaciones y las actividades con las sociedades miembro, las zonas y las regiones», «un mayor uso de los medios de comunicación, las revistas de Psiquiatría e Internet», «la mejora de las capacidades de edición y publicación» y «el crecimiento en el establecimiento de alianzas con las distintas organizaciones internacionales y los gobiernos».

En cuanto a las actividades educativas de la WPA (tabla 3), los programas educativos individuales obtuvieron en general valoraciones más positivas que en las encuestas previas respecto al conocimiento de dichos programas, así como a su uso, su evaluación y el interés por su utilización. La calidad global percibida de los programas educativos de la WPA (el 71,2 % la valoró como «excelente» o «buena») fue superior a la correspondiente a los dos trienios previos. Las sugerencias ofrecidas para la mejora y el desarrollo de los programas educativos se centraron en «los programas especializados en las áreas de las distintas secciones», «la distribución mayor de los programas a través de las sociedades miembro, las zonas y otras instituciones psiquiátricas» y «la mayor accesibilidad a los programas educativos». El interés por las actividades educativas de la WPA, además de los programas educativos, también fue sustancial, especialmente en cuanto a la «educación pública» y al «establecimiento de redes educativas de enlace».

Las actividades de las secciones de la WPA (tabla 4) recibieron valoraciones superiores a las correspondientes a los períodos anteriores; la valoración mayor correspondió a las notas de prensa de las secciones y de «Avances en Psiquiatría». La comparación de las valoraciones a lo largo del tiempo, incluyendo las corres-

Tabla 5. Evaluación de las reuniones de la WPA

		Encuesta 2002-2005 (%)	Encuesta 1999-2002 (%)	Encuesta 1996-1999 (%)
Calidad científica del último Congreso Mundial de Psiquiatría	No asistió	21,2	12,5	11,3
	Mala	1,4	2,1	1,6
	Regular	11,6	9,8	12,9
	Buena	42,5	48,4	45,7
	Excelente	19,9	22,3	24,2
	No valorada	3,4	4,9	4,3
Becas de Investigación y Programas de Participantes jóvenes en el último Congreso Mundial de Psiquiatría	No asistió	26,7	22,3	
	Malos	0,7	0,5	
	Regulares	12,3	9,8	
	Buenos	30,1	35,9	
	Excelentes	24,0	25,0	
	No valorados	6,2	6,5	
Calidad social y cultural del último Congreso Mundial de Psiquiatría	No asistió	20,5	15,2	11,8
	Mala	4,1	2,2	3,2
	Regular	15,8	20,1	16,7
	Buena	35,6	40,7	44,1
	Excelente	17,8	15,8	19,4
	No valorada	6,2	6,0	4,8
Calidad global de las Reuniones regionales de la WPA recientes	No asistió	30,1	27,2	50,0
	Mala	0,7	2,2	2,2
	Regular	11,6	8,7	7,5
	Buena	41,9	47,8	26,9
	Excelente	8,9	4,9	8,1
	No valorada	6,8	9,2	5,4
Sociedad o componente interesado en organizar una Reunión de la WPA	Sí	65,8	57,6	
	No	15,8	16,9	
	No valorado	18,4	25,5	

pondientes al rendimiento global de las secciones (58,9 % = «excelente» o «bueno») demostró una mejora clara respecto a los trienios previos (44,5 % en la Encuesta 1999-2002 y 37,6 % en la Encuesta 1996-1999). Las secciones de la WPA mejor valoradas fueron las de clasificación, evaluación diagnóstica y nomenclatura; trastornos afectivos; salud mental de la mujer, y Psiquiatría preventiva.

Con respecto a las reuniones de la WPA (tabla 5), las valoraciones que recibió el Congreso Mundial de Psiquiatría celebrado en Yokohama (62,4 % = «excelente» o «bueno») fueron ligeramente inferiores a las que se otorgaron a los congresos mundiales previos. La percepción de la calidad global de las reuniones regionales de la WPA recientes (50,8 % = «buena» o «excelente») fue comparable a la del período previo. Las expresiones de interés para la organización de reuniones científicas de la WPA fueron muy alentadoras (65,8 %). Las recomendaciones principales para la mejora de los congresos y las reuniones de la WPA fueron el enriquecimiento de los programas científicos (inclusión de la investigación reciente, cursos, debates y formación médica continuada), «la mejora de la organización profesional y la promoción de las reuniones» y «la promoción de la participación de figuras destacadas de las sociedades miembro y de los países en vías de desarrollo».

Con respecto a las publicaciones de la WPA (tabla 6), los diversos componentes del programa de publicaciones de la WPA recibieron valoraciones positivas, especialmente la revista oficial de la WPA World Psychiatry (85 % = «excelente» o «buena»). La calidad global percibida del programa de publicaciones de la WPA (76,7 % = «excelente» o «buena») fue claramente superior a la correspondiente a las encuestas previas. Las sugerencias para la mejora de las publicaciones de la WPA se centraron en «la modernización de la distribución y accesibilidad de World Psychiatry» y en «una promoción mayor, para llegar a audiencias más amplias».

Con respecto a las declaraciones de consenso de la WPA, el 39,1 % de los encuestados señaló desconocerlas o dejó este ítem sin marcar. La mayor parte de los encuestados las consideró «buenas» o «excelentes» (46,6 %). Los elementos más destacados propuestos para las declaraciones de consenso fueron los relacionados con la Psiquiatría social y pública, con las cuestiones éticas y las situaciones problemáticas, y con las intervenciones psicosociales.

Con respecto a las finanzas de la WPA (tabla 7), la información relativa a la situación económica de la WPA (27,4 % = «buena» o «excelente») fue percibida algo menos positivamente que en la encuesta previa (41,9 % = «buena» o «excelente»).

Tabla 6. Evaluación de las publicaciones de la WPA

		Encuesta 2002-2005 (%)	Encuesta 1999-2002 (%)	Encuesta 1996-1999 (%)
«World Psychiatry», revista oficial de la Asociación	Mala	0,7		
	Regular	7,5		
	Buena	51,4		
	Excelente	33,6		
	No valorada	6,8		
Serie «Evidencia y experiencia en Psiquiatría»	Mala	0,7	2,2	
	Regular	11,6	10,9	
	Buena	38,4	31,0	
	Excelente	24,0	16,3	
	No valorada	25,3	39,6	
Volúmenes producidos a partir del Congreso mundial de Psiquiatría	Malos	1,4	2,2	
	Regulares	13,7	21,2	
	Buenos	39,6	45,1	
	Excelentes	15,8	9,2	
	No valorados	29,5	22,3	
Series «Antologías en Psiquiatría» e «Imágenes de la Psiquiatría»	Malas	2,1	2,2	
	Regulares	15,8	15,2	
	Buenas	39,7	34,3	
	Excelentes	11,6	9,2	
	No valoradas	30,8	39,1	
Calidad global del Programa de publicaciones de la WPA	Mala	0,7	1,1	8,6
	Regular	9,6	12,5	33,9
	Buena	50,7	53,8	24,9
	Excelente	26,0	9,2	8,1
	No valorada	13,0	23,4	14,5
Contribución de los derechos de autor de las publicaciones a las finanzas de la WPA	Mala	1,4		
	Regular	14,4		
	Buena	26,0		
	Excelente	10,3		
	No valorada	47,9		

Tabla 7. Finanzas de la WPA

		Encuesta 2002-2005 (%)	Encuesta 1999-2002 (%)	Encuesta 1996-1999 (%)
Información sobre la situación económica de la WPA	Mala	33,6	29,3	40,9
	Regular	30,1	18,5	25,3
	Buena	24,0	31,0	19,4
	Excelente	3,4	10,9	3,2
	No valorada	8,9	10,3	11,3
Nueva estructura de endeudamiento diferencial	Mala	6,2	6,5	
	Regular	19,2	13,1	
	Buena	39,0	44,0	
	Excelente	19,2	22,8	
	No valorada	16,4	13,6	
Actividades para obtención de financiación de la WPA	Malas	7,5	9,8	
	Regulares	31,5	25,0	
	Buenas	31,5	35,3	
	Excelentes	2,1	2,2	
	No valoradas	27,4	27,7	
Asignación y utilización de los recursos económicos de la WPA	Malas	4,8	8,7	10,8
	Regulares	25,3	21,2	29,0
	Buenas	39,8	33,7	19,9
	Excelentes	3,4	6,0	2,7
	No valoradas	26,7	30,4	37,6

La estructura del endeudamiento (fundamentada en la clasificación del Banco Mundial de los diversos países) recibió una

valoración «buena» o «excelente» por parte del 58,2 % de los encuestados. Las actividades para el incremento de la finan-

ciación fueron consideradas «buenas» o «excelentes» por el 33,6 % de los encuestados. La asignación y la utilización de los recursos económicos de la WPA (23,2 % = «buenas» o «excelentes») fueron algo mejor valoradas que en las encuestas previas. Las sugerencias más frecuentes para la mejora de las actividades dirigidas hacia el incremento de la financiación y hacia la mejora del uso de los recursos económicos de la WPA fueron «solicitar financiación a los organismos internacionales y diseñar otros planes innovadores para incrementar la financiación», «la distribución regular de los informes económicos» y «la asignación de recursos económicos para las actividades de las secciones, educativas y de publicación».

En cuanto a los estándares y actividades de carácter ético, la calidad de la Declaración de Madrid de la WPA y de sus directrices adicionales obtuvo una de las valoraciones mayores de la encuesta (27,4 % = «excelente» y 71,9 % = «buena» o «excelente»). El porcentaje de sociedades miembro con comités de ética parece estar aumentando (64,4 %, en comparación con el 57,6 % en las encuestas anteriores). La información de las actividades de la WPA correspondientes a la revisión del abuso de la Psiquiatría fue valorada como «buena» o «excelente» por el 37,7 % de los encuestados. Aproximadamente, la mitad de los encuestados (52,8 %) señaló la existencia de un estigma local masivo o sustancial frente a la Psiquiatría y a los enfermos psiquiátricos, lo que representa un porcentaje ligeramente mayor que el correspondiente al trienio anterior (48,3 %). Las recomendaciones más frecuentes para potenciar los estándares y las actividades de carácter ético fueron «la ampliación de las actividades éticas de calidad a través de los programas de la WPA, los medios de comunicación y los consumidores», «la adopción de la Declaración de Madrid y el establecimiento de comités éticos nacionales» y «las iniciativas conjuntas de carácter ético con organizaciones internacionales y gobiernos nacionales».

Estos resultados revelan los progresos realizados por la WPA en el cumplimiento de sus objetivos institucionales a lo largo de tres trienios. También son destacables los avances que se han efectuado en una amplia gama de actividades institucionales, incluyendo áreas que en trienios anteriores presentaban limitaciones considerables. Otro aspecto destacable es la diversificación de las actividades sectoriales de la WPA, reflejada en el incremento del número de preguntas en la Encuesta General actual, una diversificación que constituye un referente de la vitalidad institucional.

Una limitación importante de esta encuesta es el índice general de respuesta del

64 %. Para un cuestionario remitido por vía postal éste es un índice de respuesta aceptable, pero el porcentaje es considerablemente inferior al del 90 % que se obtuvo durante el trienio previo, aunque similar al del trienio 1996-1999. Las razones para la falta de respuesta pueden ser los problemas con el idioma, la pereza, la falta de información y, posiblemente, la preocupación por la confidencialidad. Debido a las características de las sociedades y secciones que no contestaron al cuestionario, puede afirmarse que su falta de respuesta no introdujo un sesgo indebido ni invalida las conclusiones generales que se resumen en este informe.

Las comparaciones con los trienios previos son interesantes, pero no se deben considerar estadísticamente válidas ni necesariamente significativas. En esta encuesta remitida por vía postal no fue posible cuantificar todos los puntos fuertes y débiles de la WPA: nuestra recomendación es que se realice una revisión del tamaño y el contenido del cuestionario, así como de su rentabilidad económica (coste aproximado, 10.000 dólares estadounidenses). El Comité ejecutivo podría considerar como alternativa una auditoría externa de la estructura institucional y la función de la WPA, aunque sería difícil encontrar una or-

ganización individual o de gestión con la experiencia suficiente para llevar a cabo esta tarea.

La Encuesta proporciona, en nuestra opinión, una amplia evidencia de que la WPA está creciendo, tanto en su alcance como en la solidez de sus actuaciones. La prueba de ello no sólo está contenida en las respuestas a las preguntas del cuestionario sino también en los comentarios constructivos y detallados realizados de manera narrativa. En estos comentarios se recogen muchas sugerencias interesantes e importantes que deben ser consideradas con todo detalle.

Reuniones científicas de la WPA: el eslabón entre las ciencias y la calidad asistencial

PEDRO RUIZ

WPA Secretary for Meetings

Fui elegido Secretario de reuniones profesionales de la WPA durante el XII Congreso mundial de Psiquiatría en 2002, tras pertenecer al Comité operativo para las reuniones científicas de la WPA durante el período 1999-2002. Ofrecí a la WPA mi experiencia como presidente del Comité de programas científicos de la American Psychiatric Association (APA) en el período 1998-2000, durante el cual organicé la Reunión Anual de la APA de 1999 en Washington, D.C. y la Reunión Anual de la APA de 2000 en Chicago.

Con estos antecedentes, junto con la experiencia previa en la organización de reuniones científicas, decidí establecer una nueva conceptualización del significado y la visión de las reuniones científicas de la WPA, con ayuda del Comité operativo para las reuniones científicas de la WPA que, durante el período 2002-2005, estuvo constituido por F. Antun (Líbano), E. Belfort (Venezuela), M.I. López-Ibor (España) y J. Raboch (República Checa), más D. Mousaoui (Marruecos) como consultor.

Durante nuestras reuniones del Comité en junio de 2003 en Viena, elaboramos un conjunto de nuevas y atrevidas ideas, para implementarlas como parte de nuestras tareas y funciones, entre ellas: a) mejora de la calidad de las reuniones científicas de la WPA; b) inicio de una evaluación metodológica de los congresos mundiales de Psiquiatría, comenzando con el XIII Congreso

Mundial de Psiquiatría de 2005; c) establecimiento de un vínculo con la Secretaría de educación de la WPA, con el objetivo de ofrecer créditos de formación médica continuada (EMC) en el mayor número posible de reuniones científicas patrocinadas por la WPA; d) incremento del número de reuniones científicas de la WPA planificadas para el período 2002-2005; e) realización de reuniones científicas de la WPA en todas las zonas de la WPA del mundo; f) ofrecimiento de sesiones científicas acerca de la cuestión de «Cómo organizar reuniones científicas», en todas las reuniones científicas de la WPA donde ello sea posible.

El fundamento sobre el que estaban basados estos seis objetivos era la definición, como objetivo global de nuestro Comité, de una «misión» y una «visión» de gran alcance. La misión consistía en: a) incrementar el número de sesiones científicas efectuadas en nuestras reuniones científicas de la WPA; b) utilizar, en la mayor medida posible, el conocimiento basado en la evidencia, a través de presentaciones orientadas hacia la investigación y hacia la formación; c) llegar hasta las áreas del mundo en las que haya mayor necesidad de servicios psiquiátricos o de salud mental; d) llegar a la mayor cantidad posible de psiquiatras y otros profesionales sanitarios generales y de salud mental, así como a profesionales relacionados con la salud general y la salud mental, o a personas en formación, como un posible método para incrementar el número de reuniones científicas de la WPA. Afortunadamente, nues-

tra misión para el período 2002-2005 se cumplió de manera completa, tal como demostraré más adelante en este artículo. La visión era: «a través de la difusión del conocimiento científico basado en la evidencia, según los resultados obtenidos en actividades de investigación y formación, transformar estas iniciativas científicas en servicios asistenciales psiquiátricos y de salud mental de alta calidad en todo el mundo, especialmente en las zonas geográficas en las que son más necesarios, y a través de los esfuerzos clínicos de los psiquiatras y de los profesionales de la salud mental, así como de los profesionales relacionados con la salud general y la salud mental, o de las personas en fase de formación». Desde un punto de vista empírico, también pudimos cumplir esta visión.

EL ESFUERZO CIENTÍFICO REALIZADO DURANTE EL PERÍODO 2002-2005

Durante el trienio 2002-2005, la Secretaría para la oficina de reuniones de la WPA (con la ayuda del Comité operativo para reuniones científicas) participó en la organización de 12 reuniones científicas patrocinadas por la WPA; 17 reuniones científicas patrocinadas por las distintas secciones de la WPA; 35 reuniones científicas copatrocinadas por las distintas sociedades miembro de la WPA, y 43 reuniones científicas copatrocinadas por la WPA y diversas organizaciones profesionales internacionales.

En total, durante este trienio se organizaron 107 reuniones científicas en el seno de la WPA. Nunca antes en la historia de la WPA se habían organizado tantas reuniones científicas en un trienio. Este conjunto de reuniones dio lugar a la participación de 106.801 psiquiatras y profesionales de la salud mental, así como profesionales relacio-

nados con la salud general y la salud mental, o personas en formación, una cifra que no se había alcanzado nunca antes en la historia de la WPA. Además, en el XIII Congreso Mundial de Psiquiatría que tuvo lugar en El Cairo en septiembre de 2005 se implementó de manera completa y adecuada un componente de evaluación científica. Los créditos EMC no sólo se ofrecieron en este congreso sino también en otras muchas reuniones científicas patrocinadas por la WPA durante este trienio. Además, se realizaron varias sesiones científicas especiales acerca de la cuestión de «Cómo organizar reuniones científicas». Estas cifras demuestran claramente que la «misión» que habíamos definido se cumplió con creces durante el trienio 2002-2005.

Las 12 reuniones científicas patrocinadas por la WPA durante el trienio 2002-2005 se celebraron en: Lima, Perú (Reunión Regional de la WPA, octubre de 2002); Viena, Austria (Conferencia Temática de la WPA, junio de 2003); Caracas, Venezuela (Congreso Internacional de la WPA, octubre de 2003); Nueva York, Estados Unidos (Conferencia Temática de la WPA, mayo de 2004); Praga, República Checa (Reunión Regional de la WPA, junio de 2004); Lahore, Pakistán (Reunión Regional e Interzonal de la WPA, septiembre de 2004); Florencia, Italia (Congreso Internacional de la WPA, noviembre de 2004); Craiova, Rumania (Reunión Regional de la WPA, diciembre de 2004); Mar del Plata, Argentina (Reunión Regional de la WPA, abril de 2005); Atenas, Grecia (Congreso Regional e Interseccional de la WPA, mayo de 2005); Valencia, España (Conferencia Temática de la WPA, junio de 2005), y El Cairo, Egipto (Congreso Mundial de Psiquiatría, septiembre de 2005).

También fue significativa la distribución de las 107 reuniones científicas de la WPA durante el trienio 2002-2005. Esta distribución se llevó a cabo en todo el mundo: una en la Zona 1 (Canadá); siete en la Zona 2 (Estados Unidos); siete en la Zona 3 (México, América Central y Caribe); cinco en la Zona 4 (zona norte de Sudamérica); 18 en la Zona 5 (zona sur de Sudamérica); 16 en la Zona 6 (Europa occidental); dos en la Zona 7 (Europa del norte); 19 en la Zona

8 (Europa del sur); seis en la Zona 9 (Europa central); cinco en la Zona 10 (Europa oriental); tres en la Zona 11 (África y Oriente Medio); seis en la Zona 14 (África oriental y del sur); dos en la Zona 15 (África occidental y central); tres en la Zona 16 (Asia del sur); cuatro en la Zona 17 (Asia oriental), y tres en la Zona 18 (Pacífico del sur). Nunca antes en la historia de la WPA había habido tantas zonas de la WPA implicadas en reuniones científicas durante un trienio dado. Estas cifras y datos parecen demostrar desde un punto de vista empírico que la «visión» que nos propusimos se cumplió casi por completo.

PERSPECTIVAS FUTURAS

Indudablemente, hoy en día en la mayor parte de los países industrializados se observa un especial énfasis en el conocimiento científico correspondiente a todas las áreas de la Psiquiatría, especialmente bajo el modelo de la medicina basada en la evidencia. Esta tendencia también queda reflejada en el crecimiento de las especialidades en el campo de la medicina y en la importancia otorgada a cuestiones especiales, como la ética, las minorías étnicas y la asistencia primaria. Además, en esta época también se presta una gran atención a la certificación y la recertificación profesionales, así como a las competencias básicas. En este contexto de prioridades en el campo de la Psiquiatría establecido en la mayor parte de los países industrializados, es imprescindible tener en cuenta dichas prioridades con respecto a las actividades futuras relacionadas con las reuniones científicas de la WPA.

Tras el XIII Congreso Mundial de Psiquiatría que se llevó a cabo en El Cairo, Egipto, en septiembre 2005, se designó un nuevo Comité operativo para reuniones científicas de la WPA, que continuará bajo mi conducción, como Director, durante otro trienio (2005-2008). Este nuevo grupo está constituido por los miembros siguientes: M.I. López-Ibor (España), N. Loza (Egipto), H. Ma (China) y J. Raboch (República Checa). Los nuevos consultores son F. Antun (Libano), L. Kuey (Turquía)

y T.A. Peon Valdez (Cuba). Posiblemente, el rumbo que siga nuestro Comité será similar al del trienio anterior, enfatizando además las cuestiones relacionadas con la medicina basada en la evidencia, la EMC, las competencias básicas y diversas cuestiones especiales, como la ética, la asistencia primaria y los factores étnicos y culturales.

La respuesta procedente del entorno es tan intensa como la que tuvo lugar durante el trienio 2002-2005. Por ejemplo, para este trienio (2005-2008) ya se han programado 57 reuniones científicas de la WPA, de las cuales 39 serán reuniones científicas patrocinadas por la WPA y 18 serán patrocinadas exclusivamente por la WPA. Entre estas últimas está el XIV Congreso Mundial de Psiquiatría, que se celebrará en Praga, República Checa, entre el 19 y el 25 de septiembre de 2008. Otras dos reuniones patrocinadas exclusivamente por la WPA serán los congresos internacionales de Psiquiatría de la WPA (Estambul, Turquía, en julio de 2006, y Melbourne, Australia, en noviembre de 2007). También se celebrarán tres conferencias temáticas de la WPA (Madrid, España, en abril de 2006; Dresden, Alemania, en junio de 2007, y Granada, España, en junio de 2008). Habrá además ocho reuniones regionales de la WPA (México, 2005; Cuba, 2006; Perú, 2006; Hungría, 2007; Kenya, 2007; Corea del Sur, 2007; China, 2007, y Argentina, 2007). Finalmente, se celebrarán cuatro reuniones de las secciones de la WPA (Francia, 2006; Italia, 2006; Túnez, 2007, y Marruecos, 2007). Con esta demostración palmaria del interés existente entre las sociedades miembro de la WPA y por parte del nuevo grupo de miembros del Comité operativo para reuniones científicas de la WPA, parece que no solamente se alcanzarán los buenos resultados obtenidos durante el trienio 2002-2005, sino que posiblemente se superarán esos resultados. Si se cumple esta expectativa, las iniciativas que se lleven a cabo durante el próximo trienio aportarán, una vez más, una significativa contribución a la calidad de los servicios psiquiátricos y de salud mental ofrecidos en todo el mundo y, en particular, en los países en vías de desarrollo.

Congreso Internacional de la WPA de 2007 (Melbourne, Australia; 28 de noviembre-2 de diciembre)

HELEN HERRMAN

Chairperson, Organizing Committee

El Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP) quiere dar la bienvenida a todos los profesionales

de la salud mental al primer Congreso Internacional de la WPA que se realizará en Australasia entre el 28 de noviembre y el 2 de diciembre de 2007. El lema principal del congreso es «Trabajando juntos por la salud mental: establecimiento de alianzas estratégicas para la definición de la normativa legal y de la práctica clínica».

El Congreso pretende conseguir la participación de muchos grupos profesionales relacionados con la salud mental. El programa

científico presentará tres líneas principales: práctica clínica, normativa legislativa y establecimiento de alianzas estratégicas. El diseño del programa está fundamentado en cuatro principios: diversidad de los contenidos; participación de un grupo de conferenciantes reconocidos internacionalmente; consideración de los enfoques de tipo regional, e implicación comunitaria en la salud mental.

El programa abordará una amplia gama de cuestiones atractivas para los psiquiatras de todo el mundo y, en particular, de la región Asia-Pacífico. También está diseñado para suscitar el interés de los profesionales de salud mental, los médicos y otros profesionales sanitarios, las personas afectadas por enfermedades mentales (incluyendo tanto a los propios pacientes como a los cuidadores) y otros grupos importantes, como las personas que trabajan en los medios de comunicación y en campos relacionados, y los líderes comunitarios. El Congreso ofrecerá diversas oportunidades a todos los involucrados en la salud mental, incluyendo las instituciones de investigación y educativas, los gobiernos, las comunidades y la industria relacionada con la salud.

En Melbourne se darán cita los principales expertos en sus campos respectivos. Entre otras, el programa científico incluye las cuestiones siguientes: colaboración regional y transcultural; avances en el tratamiento de la psicosis y de los trastornos del estado de ánimo; enfermedad psiquiátrica y enfermedad física; Psiquiatría de la adicción; desarrollo normativo; psicología; envejecimiento; enfermería; modelos de servicio; evidencia e implementación; Psiquiatría del lactante, el niño y el adolescente; Psiquiatría biológica/psicofarmacología; pacientes, cuidadores y organismos comunitarios; asistencia primaria y salud mental.

El Congreso será un foro en el cual representantes de todo el mundo podrán escuchar las opiniones y los resultados de las investigaciones más recientes, participar en discusiones y debates de gran calidad, e incrementar la concienciación sobre diferentes aspectos de la salud mental. Se ha diseñado un interesante programa social que permitirá el conocimiento de la vibrante cultura de Melbourne, con espectáculos de primera clase y abundantes oportunidades para relajarse y conocer a una amplia gama de profesionales de la salud mental.

J. Mezzich es el presidente del Congreso, H. Herrman es el director del Comité organizativo y M. Maj es el director del Comité científico. J. Freidin y P. Ruiz son copresidentes del Comité organizativo, cuyos miembros son S. Tyano, B. Singh y S. Brownie. K. Kirkby es copresidente del Comité científico, A. Tasman es presidente del Comité consultivo científico internacional, y C. Ng es presidente del Comité de programa científico local.

Las propuestas de resúmenes se pueden remitir a través de Internet desde el 18 de mayo de 2006, para su presentación en los simposios, seminarios o sesiones de presentaciones libres y pósters. La inscripción para el Congreso se abre en noviembre de 2006. Hay más información acerca de todo ello en el sitio web www.wpa2007melbourne.com.

Esta reunión será el congreso sobre salud mental más importante que se celebrará en Australasia, y ningún profesional de la salud mental debería desaprovechar esta oportunidad. Esperamos que todos estos profesionales acudan a Melbourne en 2007.

