

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 5, Número 3



Diciembre 2007

EDITORIAL

La base dialogal de nuestra profesión: Psiquiatría *con* la persona
J.E. MEZZICH 129

ARTÍCULOS ESPECIALES

Tratamiento de las personas afectadas simultáneamente por una enfermedad mental grave y un trastorno relacionado con sustancias: implicaciones programáticas
R.E. DRAKE, K.T. MUESER, M.F. BRUNETTE 131

Asesinato de niños por sus madres: patrones y prevención
S. HATTERS FRIEDMAN, P.J. RESNICK 137

Diagnóstico y tratamiento del trastorno por atracón
C.M. BULIK, K.A. BROWNLEY, J.R. SHAPIRO 142

FORUM – ¿QUÉ ES UN TRASTORNO MENTAL?

El concepto de trastorno mental: implicaciones diagnósticas del análisis de la disfunción perjudicial
J.C. WAKEFIELD 149

Comentarios

¿Necesita la Psiquiatría un concepto unitario de «trastorno mental»?
A. JABLENSKY 157

Posibles implicaciones del análisis de la disfunción perjudicial en el desarrollo del DSM-V y de la CIE-11
M.B. FIRST 158

La evolución es el fundamento científico del diagnóstico: la Psiquiatría debería utilizarla
R.M. NESSE 160

Fanático de la «disfunción perjudicial»
K.W.M. FULFORD, T. THORNTON 161

¿Un nuevo método para reducir la prevalencia de los trastornos mentales?
N. SARTORIUS 162

El concepto híbrido de trastorno mental de Wakefield
B. BRÜLDE 163

Utilidad de la definición de Wakefield para los manuales diagnósticos
D. BOLTON 164

La Psiquiatría cultural y el parámetro restrictivo de Wakefield
I. GOLD, L.J. KIRMAYER 165

El concepto de trastorno mental: una perspectiva africana
E. NJENGA 166

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Distribución de la prevalencia a lo largo de la vida y de la edad de inicio de los trastornos mentales en la World Mental Health Survey Initiative de la Organización Mundial de la Salud
R.C. KESSLER, M. ANGERMEYER, J.C. ANTHONY, R. DE GRAAF, K. DEMYTTENAERE ET AL. 168

Falta de tratamiento y retrasos en el contacto terapéutico tras el inicio de los trastornos mentales en la World Mental Health Survey Initiative de la Organización Mundial de la Salud
P.S. WANG, M. ANGERMEYER, G. BORGES, R. BRUFFAERTS, WAI TAT CHIU ET AL. 177

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

Síndrome del desgaste profesional en los psiquiatras
S. KUMAR 186

NOTICIAS DE LA WPA

Noticias desde el Secretariado de la WPA
J. COX 190

Acceso gratuito y de coste reducido a las publicaciones electrónicas de la WPA
H. HERRMAN 191

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 5, Número 3



Diciembre 2007

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



Barcelona • Madrid • Buenos Aires • México D.F. • Milán

Bolivia • Brasil • Chile • Colombia • Costa Rica • Ecuador • El Salvador • Estados Unidos • Guatemala • Honduras
Nicaragua • Panamá • Paraguay • Perú • Portugal • Puerto Rico • 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: Gráfico-5, S. L. • Santiago Rusiñol 23 • 08031 Barcelona

Depósito Legal: B-34.071-2003

Impreso en España

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 6, Número 3, 2007). 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 6, Number 3, 2007). 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.

La base dialogal de nuestra profesión: Psiquiatría con la persona

JUAN E. MEZZICH

President, World Psychiatric Association

Una reciente oportunidad histórica de entablar un diálogo con grupos de usuarios críticos hacia la Psiquiatría (grupos que tradicionalmente han manifestado sus discrepancias en la calle y que por primera vez participaron en una conferencia de la WPA en Dresde, Alemania) nos ha animado a reflexionar acerca de la base dialogal de nuestra profesión. En consecuencia, repasaremos brevemente las perspectivas históricas y recientes declaraciones e informes clínicos y de salud pública que propician un enfoque personalizado e interactivo en la Medicina en su conjunto y, en particular, en la Psiquiatría. Además, en este artículo se destaca el papel desempeñado por el Programa Institucional de la WPA sobre Psiquiatría para la Persona (Institutional Program on Psychiatry for the Person), especialmente en cuanto a la Psiquiatría *con* la persona, como respuesta paradigmática a estas declaraciones.

PERSPECTIVAS HISTÓRICAS Y CONTEMPORÁNEAS

Las tradiciones médicas ayurvédica y china (de gran antigüedad y todavía practicadas, sobre sólidas bases filosóficas, experienciales y experimentales) se centran en la salud del paciente y no solamente en la enfermedad. Ambas tradiciones médicas articulan un marco global y armonioso de la salud y la vida, promoviendo un enfoque altamente personalizado para el tratamiento de las enfermedades específicas y para la potenciación de la calidad de vida (1). De la misma forma, la medicina hipocrática enfatiza la salud como un todo y el valor de la aproximación al paciente como un ser humano completo (2).

Es necesario destacar que los principales estudios e informes de salud pública recientes recomiendan que en la reorganización de los servicios asistenciales sanitarios los pacientes asuman un papel protagonista. El U.S. Presidential Commission on Mental Health Report (3), tras un prolongado estudio en el que se documentó la insuficiencia de la asistencia psiquiátrica en EE.UU., recomendó la adopción de diversas medidas, incluyendo el desarrollo de un sistema asistencial de salud mental centrado en el consumidor y orientado hacia la recuperación. La European Ministerial Conference on Mental Health celebrada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Helsinki (4) recomendaba –entre otras cosas– el reconocimiento de la experiencia y los conocimientos de los usuarios de los servicios y de los cuidadores, así como la capacitación de todos ellos para el desarrollo de servicios de salud integrados.

En el campo clínico hay un reconocimiento cada vez mayor del papel clave que desempeña la relación de colaboración entre el médico y el paciente. Por ejemplo, Tasman (5) ha señalado de manera convincente que esta relación debe comenzar desde el primer encuentro entre el médico y el paciente, y que representa la matriz fundamental para la asistencia sanitaria en su conjunto. Es necesario evitar los enfoques estrechos y reduccionistas, propiciando –en cambio– una escucha empática, un diagnóstico global que vaya más allá de una lista de síntomas, la apreciación de los distintos significados simbólicos, técnicas terapéuticas variadas y una eficaz alianza terapéutica. De la misma manera, Alanen *et al.*

(6), a través de un reconocido modelo integrado finlandés para la evaluación y el tratamiento en función de las necesidades del paciente, subrayan la importancia de la participación activa del paciente, en tanto que experto en su propia situación vital en los contextos familiar y comunitario.

RESPUESTA DE LA WPA

En relación con estas tendencias, la WPA publicó en 2003 las Directrices Internacionales para la Evaluación Diagnóstica (International Guidelines for Diagnostic Assessment, IGDA) cuyo núcleo es un modelo diagnóstico que articula el componente multiaxial estandarizado con el componente idiográfico personalizado. Este último componente propone la interacción entre los clínicos, el paciente y sus familiares, para formular una apreciación conjunta acerca de los aspectos tanto problemáticos como positivos de la salud del paciente y acerca de las expectativas con respecto a la recuperación y la promoción de la salud (7). Este modelo diagnóstico se está aplicando en diversos países, tal como queda ilustrado en las Directrices Latinoamericanas para el Diagnóstico Psiquiátrico (Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis) (8), y constituye uno de los puntos de partida del modelo diagnóstico integrador centrado en la persona, actualmente en desarrollo (9).

Incluso de manera más específica, en respuesta a las perspectivas antiguas y contemporáneas señaladas previamente, y en congruencia con sus objetivos constitucionales, la WPA adoptó en su Asamblea general de 2005, celebrada en El Cairo, un Plan estratégico que incluía entre sus objetivos globales el reforzamiento de las relaciones entre la WPA y las organizaciones de pacientes/usuarios. Además, la WPA creó el Programa Institucional de Psiquiatría para la Persona (Institutional Program on Psychiatry for the Person), cuyo objetivo es fomentar una Psiquiatría de la persona, para la persona, por la persona y con la persona. A través de sus distintos componentes –conceptual, de diagnóstico clínico, asistencial clínico y de salud pública– este programa representa un cambio de paradigma, desde la perspectiva orientada hacia la enfermedad hasta la perspectiva centrada en la persona (integrando los aspectos negativos y positivos de la salud), en Medicina en general y, en particular, en Psiquiatría. Este programa ya ha alcanzado significativos logros y ha sido objeto de creciente interés, a través de las acciones de la WPA y de otras organizaciones médicas y sanitarias internacionales importantes (v. Mezzich [10] para un resumen general del programa).

El cuarto objetivo programático, la Psiquiatría *con* la persona, es –de hecho– el centro de este editorial. En relación con ello, un aspecto fundamental del Programa Institucional consiste en la afirmación de la individualidad del paciente y en el compromiso para trabajar estableciendo una alianza respetuosa y de colaboración con la persona que consulta. Esto significa, en primer lugar, trabajar con personas, lo que subraya el fundamento ético de la iniciativa. Pero también implica el trabajo con grupos de pacientes, entre los que se incluyen los grupos de usuarios críticos hacia la Psiquiatría.

UNA APERTURA EN LA CONFERENCIA DE DRESDE

En función de todos los aspectos señalados, la Conferencia temática de la WPA celebrada en Dresde entre el 6 y el 9 de junio de 2007 representa una oportunidad clave para el diálogo. El tema global de la conferencia era fascinante y conflictivo: «Los tratamientos coercitivos en Psiquiatría: una revisión exhaustiva». John Monahan, presidente del Comité científico, señalaba en su carta de invitación: «A pesar de que las fisuras en esta área son tan profundas y tan antiguas que es poco probable que podamos llegar a un consenso, aspiramos a que esta reunión histórica pueda definir las cuestiones morales, clarificar los puntos de vista políticos, identificar las prácticas basadas en la evidencia y compartir los últimos avances acerca de una de las cuestiones más controvertidas de nuestra época». De hecho, tal como señaló Thomas Kallert, presidente del Comité organizador, la Conferencia tuvo un gran éxito de participación, verificándose la presencia de profesionales de 36 países distintos y de prácticamente todos los expertos mundiales en este campo (que, además, ofrecieron conferencias), todo lo cual permitió el desarrollo de una reunión de alta calidad científica. Hubo, además, un hecho sorprendente, que marcó de manera indeleble a la Conferencia. La mayor parte de los grupos de usuarios críticos hacia la Psiquiatría (aunque no todos), de los que se esperaba que manifestaran su protesta en el exterior del edificio en el que se celebraba la conferencia, decidieron entrar y participar con nosotros en una discusión de enorme interés. Esta apertura tuvo un valor clave para la WPA, debido a que amplió de manera sustancial nuestra gama de interlocutores pacientes/usuarios, entre los cuales también hay grupos (como los grupos de autoayuda) con los que las organizaciones psiquiátricas llevan mucho tiempo manteniendo una interacción.

En un encuentro histórico celebrado el 6 de junio, solicitado formalmente, y con el aval de la OMS, por Mind Freedom International y otras redes europeas y mundiales de usuarios y ex usuarios de los servicios psiquiátricos (European Network of ex-Users and Survivors of Psychiatry, ENUSP; World Network of Users and Survivors of Psychiatry, WNUSP), el presidente y otros directivos de alto nivel de la WPA se reunieron con cuatro representantes de las organizaciones de usuarios. Se programó que este encuentro durara una hora, pero se amplió espontáneamente hasta insumir tres horas. Se discutió una amplia gama de cuestiones y se evaluaron las posibilidades para continuar el diálogo en los congresos y en otros contextos. David Oaks, director de Mind Freedom International, señaló lo siguiente en referencia al encuentro: «Esta conversación fue diferente de las habituales. Sí, una vez más, la prueba estará en los resultados. Sin embargo, todos los implicados percibimos que habíamos sido escuchados y respetados a lo largo de la discusión» (11).

Durante el día siguiente, el Comité ejecutivo de la WPA suspendió temporalmente su reunión oficial para asistir a la conferencia central de la señora Dorothea Buck denominada «Setenta años de coerción en las instituciones psiquiátricas alemanas, experiencias y testimonios». En función de su historia personal, la conferenciante rechazó una Psiquiatría que abandona la comunicación con los pacientes y exigió un cambio de paradigma fundamentado en la riqueza de las experiencias de los pacientes. Tras su conferencia, el presidente de la WPA ofreció unas palabras de agradecimiento por la conferencia conmovedora y elocuente de la señora Buck. En una rueda de prensa celebrada a continuación, los representantes de la WPA, del Consejo de Europa y de las organizaciones de usuarios se sentaron a la misma mesa y mantu-

vieron un vivo intercambio de preguntas, respuestas y comentarios con los representantes de la prensa y con la audiencia general. En este encuentro, se discutieron de manera global las experiencias vividas por los usuarios de los servicios, las pautas y la diversidad de sus organizaciones, las oportunidades futuras para continuar el diálogo iniciado en Dresde y la participación de los usuarios en las actividades de la WPA y de sus sociedades miembro nacionales.

CONCLUSIÓN

En este editorial se ha resumido y discutido brevemente la base dialogal de nuestra profesión, haciendo hincapié en el objetivo de fomentar una psiquiatría *con* la persona. Se ha hecho referencia a las perspectivas históricas y actuales en el campo de la salud, y la respuesta de la WPA frente a ellas. Los elementos clave son el renovado compromiso respecto a la relación médico-paciente y también el establecimiento de un diálogo efectivo con los grupos de pacientes y usuarios (con participación de las familias), respetando la diversidad de sus perspectivas. Es necesario aprovechar la apertura de Dresde para iniciar caminos creativos que nos permitan trabajar juntos para alcanzar el objetivo de que la Psiquiatría y la Medicina puedan ayudar a las personas, y para incrementar el grado de salud tanto en los individuos como en las comunidades.

World Psychiatry 2007; 6:129-130

Bibliografía

1. Patwardhan B, Warude D, Pushpangadan P et al. Ayurveda and traditional Chinese medicine: a comparative overview. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine* 2005;2:465-73.
2. Jouanna J. Hippocrates. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1999.
3. US Presidential Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Final report. Rockville: US Department of Health and Human Services, 2003.
4. World Health Organization European Ministerial Conference on Mental Health. Mental health action plan for Europe. Facing the challenges, building solutions. Copenhagen: World Health Organization European Office, 2005.
5. Tasman A. Presidential address: the doctor-patient relationship. *Am J Psychiatry* 2000;157:1763-8.
6. Alanen YO, Lehtinen V, Lehtinen K et al. The Finnish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychoses. In: Martindale B, Bateman A, Crowe M et al (eds). *Psychosis. Psychological approaches and their effectiveness*. London: Gaskell, 2000:235-65.
7. Mezzich JE, Berganza CE, von Cranach M et al. Essentials of the WPA International Guidelines for Diagnostic Assessment (IG-DA). *Br J Psychiatry* 2003; Suppl. 45.
8. Asociación Psiquiátrica de América Latina. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP). Guadalajara: Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2004.
9. Mezzich JE, Salloum IM. Towards innovative international classification and diagnostic systems: ICD-11 and person-centered integrative diagnosis. *Acta Psychiatr Scand* 2007;116:1-5.
10. Mezzich JE. Psychiatry for the Person: articulating medicine's science and humanism. *World Psychiatry* 2007;6:1-3.
11. Oaks D. World Psychiatric Association meets with psychiatric survivor movement groups. www.mindfreedom.org.

Tratamiento de las personas afectadas simultáneamente por una enfermedad mental grave y un trastorno relacionado con sustancias: implicaciones programáticas

ROBERT E. DRAKE, KIM T. MUESER, MARY F. BRUNETTE

Psychiatric Research Center, Dartmouth Medical School, 2 Whipple Place, Suite 202, Lebanon, NH 03766, USA

Los adultos que sufren una enfermedad mental presentan tasas extraordinariamente elevadas (en general, del 50% o más) de algún trastorno concurrente relacionado con sustancias, lo que puede influir negativamente en la adaptación del paciente y en el curso y evolución de ambos trastornos. Los enfoques que tratan separada y paralelamente la enfermedad mental y el abuso de sustancias no ofrecen intervenciones accesibles, integradas y diseñadas para abordar la comorbilidad señalada. Recientes intervenciones integradas, que se han desarrollado para ser aplicadas a esta población de pacientes, persiguen el objetivo específico de aliviar el trastorno relacionado con sustancias y el objetivo general de mejorar la adaptación y la calidad de vida del paciente. Los autores de este artículo ofrecen una visión global de las investigaciones más recientes y una serie de directrices relacionadas con las principales características de un programa basado en este enfoque integrado: misión y filosofía, conducción, reorganización integral, formación, y mejora de la calidad; asimismo, se analizan algunos aspectos de programas específicos.

Palabras clave: diagnóstico dual, enfermedad mental grave, trastorno relacionado con sustancias, intervenciones integradas

Las ubicuas interconexiones e interacciones adversas existentes entre las enfermedades mentales y los trastornos relacionados con sustancias han sido documentadas desde hace más de 25 años (1, 2). La enorme población de pacientes que sufren trastornos comórbidos es tremendamente heterogénea en cuanto al tipo y la gravedad de las enfermedades mentales y de los trastornos relacionados con sustancias, en cuanto a las habilidades y al apoyo psicosocial que poseen los pacientes, y en cuanto a muchos otros factores (3, 4).

La asistencia de las personas que sufren trastornos comórbidos constituye un dilema. En el sistema tradicional, con servicios asistenciales paralelos para el tratamiento del abuso de sustancias y de la salud mental, pocos pacientes pueden acceder a los tratamientos que necesitan frente a ambos problemas, y los servicios asistenciales no suelen estar diseñados para abordar los elementos interactivos comunes en los cuadros de comorbilidad (5). Así, los clínicos y los investigadores han desarrollado diversas estrategias que combinan o integran intervenciones terapéuticas dirigidas a la salud mental y al abuso de sustancias. En revisiones recientes se han identificado docenas de estudios realizados con control en los que se ha evaluado una amplia gama de intervenciones psicosociales (6-8) o farmacológicas (9) dirigidas hacia estas personas. Por otra parte, el National Evidence-Based Practices Project estudió con detalle el proceso de la implementación en diversos contextos terapéuticos de servicios asistenciales dirigidos hacia las personas con trastornos comórbidos (10). Hace tan sólo unos pocos años, los protocolos clínicos recomendaban genéricamente la integración de las intervenciones dirigidas hacia la salud mental y hacia los cuadros de abuso de sustancias, sin brindar directrices específicas para los distintos subgrupos clínicos (11). En este artículo se ofrece una visión general de las investigaciones más recientes y se consideran las implicaciones de los programas que atienden a adultos que sufren una enfermedad mental grave y un trastorno relacionado con sustancias.

INVESTIGACIONES SOBRE LA CONCURRENCIA DE UNA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y UN TRASTORNO RELACIONADO CON SUSTANCIAS

Definiciones

«Enfermedad mental grave» es una expresión muy utilizada que implica el cumplimiento de determinados criterios referentes al

diagnóstico, la discapacidad y la duración (12, 13). En EE.UU., la mayor parte de los programas públicos de salud mental exige estos criterios para la admisión, en estrecha congruencia con los criterios que utiliza la Social Security Administration para aprobar las pensiones por discapacidad y para autorizar las indemnizaciones relativas a los seguros públicos (14). El criterio diagnóstico incluye los trastornos mentales mayores, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar grave y la depresión grave. El criterio de discapacidad indica la existencia de una incapacidad grave en el paciente para llevar a cabo sus funciones como adulto, tales como la actividad laboral, las relaciones interpersonales y las medidas de autocuidado. El criterio de duración suele especificar un período de al menos dos años de discapacidad. Los trastornos mentales graves y los trastornos relacionados con sustancias se definen generalmente según la nomenclatura estándar del Diagnostic and Statistical Manual (DSM) (15). Los trastornos relacionados con sustancias son el abuso y la dependencia del alcohol o de otras sustancias psicoactivas, incluyendo los medicamentos que requieren receta y que son consumidos en cantidades mayores que las prescritas (se excluye generalmente el trastorno relacionado con la nicotina). Para describir a las personas que presentan concurrencia de un trastorno mental grave y un trastorno relacionado con sustancias se han utilizado diversos términos, tales como diagnóstico dual, trastornos duales y trastornos comórbidos o concurrentes. En este artículo se utilizarán dichos términos de manera indistinta.

Las intervenciones terapéuticas dirigidas hacia la enfermedad mental y hacia el trastorno relacionado con sustancias consisten en tratamientos e intervenciones para la rehabilitación. Los tratamientos implican el suministro de medicamentos o la implementación de estrategias psicosociales y están dirigidos hacia el control o la eliminación de los síntomas o las causas de la enfermedad o del trastorno. La rehabilitación consiste en una serie de intervenciones que pretenden mejorar las habilidades y los sistemas de apoyo, para que las personas puedan superar las discapacidades asociadas a la enfermedad mental o al trastorno relacionado con sustancias. Los tratamientos y las intervenciones para la rehabilitación presentan un solapamiento considerable.

La «recuperación» se ha convertido en un concepto dominante en el sistema asistencial sanitario, aunque todavía no ha sido definido de manera sistemática. Se refiere a un proceso de superación de la enfermedad, y no sólo al control de los síntomas, con el objetivo de ir más allá de la enfermedad y conseguir que el pa-

ciente tenga una vida satisfactoria y con sentido (16-19). El término «recuperación» se ha utilizado de manera variable: como estímulo para la superación, para la defensa de los pacientes, para el desarrollo de los servicios, para la implementación de políticas sanitarias y para otros objetivos. A menudo, implica una evaluación funcional, por ejemplo, el desarrollo de actividades y relaciones personalmente significativas, pero también se refiere a un proceso individual de generación de esperanza y autonomía.

Prevalencia

Todas las enfermedades mentales, incluyendo los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad, los trastornos de la personalidad y los trastornos del espectro de la esquizofrenia, se asocian a un incremento en la comorbilidad con un trastorno relacionado con sustancias, en comparación con la situación que se presenta en la población general (20-22). Además, las personas que sufren las enfermedades psiquiátricas más graves son las que presentan tasas mayores de concurrencia de trastornos relacionados con sustancias. Por ejemplo, en la investigación más amplia realizada hasta el momento en la población general en relación con la comorbilidad señalada, la tasa de trastorno relacionado con el alcohol o con otras sustancias a lo largo de la vida en la población general fue de aproximadamente el 17%, en comparación con el 47% en el conjunto de los pacientes con esquizofrenia, con el 56% en el conjunto de los pacientes con trastorno bipolar, y con aproximadamente el 30% en el conjunto de las personas con otros trastornos del estado de ánimo o con algún trastorno de ansiedad (21). Estas tasas de prevalencia son congruentes con los resultados obtenidos en otros muchos estudios efectuados en pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar, en los que se han observado tasas de prevalencia a lo largo de la vida de trastornos relacionados con sustancias de aproximadamente el 50% (23-25) y tasas del 25-35% de un trastorno relacionado con sustancias actual o reciente (26-28).

Las características demográficas, los antecedentes familiares y los rasgos de personalidad de las personas con tendencia al padecimiento de trastornos relacionados con sustancias son similares a los observados en las personas con enfermedad mental grave y en las personas de la población general. El sexo masculino, la juventud, el nivel educativo bajo y la soltería son factores relacionados con una mayor vulnerabilidad frente a los trastornos relacionados con sustancias; las características raciales y étnicas suelen estar relacionadas con el tipo de sustancia causante del trastorno, pero no con la tasa global de prevalencia (24). Los antecedentes familiares de trastorno relacionado con sustancias muestran asociación con el padecimiento de un trastorno relacionado con sustancias en las personas que sufren una enfermedad mental grave (29, 30), lo que también ocurre con los antecedentes de trastorno de la conducta y de trastorno de la personalidad antisocial en el adulto (31, 32). En comparación con las personas que padecen una enfermedad mental grave y que residen en áreas urbanas, las personas con enfermedad mental grave y que residen en áreas rurales no muestran tasas globales diferentes de trastornos relacionados con sustancias, aunque los tipos de sustancias pueden variar en función de su disponibilidad en el mercado (33). El entorno vital también está relacionado con la prevalencia (34): las personas con enfermedad mental grave que reciben tratamiento agudo o de urgencia, así como las que viven en condiciones de mendicidad (35, 36) o permanecen en instituciones carcelarias (33, 37), muestran tasas mayores de trastornos relacionados con sustancias.

Intervenciones psicosociales

En muchas revisiones recientes se ha analizado el rápido desarrollo de las intervenciones psicosociales dirigidas a las perso-

nas con diagnóstico dual (6-8, 38). En la última revisión sistemática publicada se identificaron 45 ensayos clínicos comparativos independientes (7). A pesar de la existencia de problemas metodológicos, los resultados obtenidos en estos estudios demuestran lo siguiente: *a)* no hay evidencia suficiente para recomendar ninguna intervención específica de psicoterapia individual; *b)* a pesar de la heterogeneidad de los modelos clínicos, los grupos de pares, coordinados por un profesional, han demostrado eficacia para ayudar a los pacientes a reducir el consumo de sustancias y para mejorar otras formas desfavorables de evolución; *c)* el «tratamiento de contingencia» también parece ser eficaz para reducir el uso de sustancias y para mejorar otras formas desfavorables de evolución, aunque no ha sido investigado con profundidad y no suele ser utilizado en los programas habituales; *d)* a pesar de la heterogeneidad de los modelos, las intervenciones de larga duración (un año o más) en residencias son eficaces para reducir el uso de sustancias y para mejorar otras formas desfavorables de evolución en los pacientes que no han presentado respuesta a las intervenciones ambulatorias y en los pacientes que viven en condiciones de mendicidad; *e)* los abordajes que emplean intensivamente la atención terapéutica personalizada (*case management*), incluyendo el tratamiento comunitario asertivo, mejoran de manera sostenida la estabilidad en las residencias y la convivencia grupal (*community tenure*), pero no se ha demostrado que influyan de forma sostenida en el uso de sustancias, y *f)* algunas intervenciones prometedoras, como la psicoeducación familiar, los programas ambulatorios intensivos, los programas de autoayuda y los programas de entretenimiento y ocio en las prisiones, han sido poco estudiados y, por lo tanto, es conveniente realizar investigaciones más exhaustivas acerca de ellas.

Intervenciones farmacológicas

El tratamiento farmacológico de las enfermedades psiquiátricas graves y de los trastornos relacionados con sustancias constituye un elemento terapéutico importante en los pacientes con concurrencia de una enfermedad mental grave y un trastorno relacionado con sustancias. En todos los estudios psicosociales citados, los pacientes que participaron en la investigación de los tratamientos psicosociales también estaban recibiendo medicamentos, un elemento que generalmente no fue tenido en cuenta en los análisis. Sin embargo, la investigación sobre los efectos inducidos por la medicación en sí misma está todavía en sus fases iniciales. Hasta el momento, los estudios de investigación sugieren dos cuestiones principales. En primer lugar, los medicamentos que han demostrado ser eficaces para el tratamiento de los trastornos relacionados con el alcohol en personas de la población general, tales como disulfiram y naltrexona, posiblemente también lo sean en las personas que sufren una enfermedad mental grave (9, 39). En segundo lugar, algunos de los medicamentos utilizados en el tratamiento de la enfermedad mental pueden dar lugar a una reducción de la gravedad del trastorno relacionado con sustancias. Los antidepresivos no solamente parecen reducir los síntomas de depresión sino también el consumo de alcohol por parte de los pacientes con depresión mayor y trastorno relacionado con el alcohol (40). Los estabilizadores del estado de ánimo no sólo son activos sobre la manía sino también sobre el consumo de alcohol en los pacientes con cuadros de comorbilidad de trastorno bipolar y dependencia del alcohol (41, 42). Los antipsicóticos típicos mejoran los síntomas de la esquizofrenia, pero inducen un efecto escaso sobre el uso comórbido de sustancias. La mayor parte de los nuevos antipsicóticos (atípicos) posee una eficacia similar a la de los antipsicóticos típicos en cuanto a la mejora de los síntomas de la esquizofrenia, aunque pueden inducir además un cierto efecto beneficioso de reducción de la necesidad imperiosa (*craving*) de sustancias y de su consumo; no obstante, las investigaciones a este respecto están to-

avía en fase preliminar (43). la clozapina es claramente el fármaco más potente para el tratamiento de los síntomas de la esquizofrenia y, al menos en estudios realizados con diseño semiexperimental, parece ser también el antipsicótico más eficaz para el tratamiento del abuso de sustancias.

Implementación de programas dirigidos hacia pacientes con diagnóstico dual

La experiencia obtenida con los proyectos de demostración (44) y también con el reciente National Evidence-Based Practices Project (10, 45) ha permitido identificar varios factores que son esenciales para la implementación y el mantenimiento adecuados de programas dirigidos hacia los pacientes con diagnóstico dual: directrices claras respecto a la misión y a la filosofía, conducción activa, reorganización integral, formación y supervisión longitudinales, y mejora de la calidad.

Curso, evolución y recuperación

Tal como se ha venido demostrando desde hace muchos años, el curso natural de la enfermedad mental grave en la mayoría de las personas tiende hacia la mejoría, la remisión de los síntomas y la recuperación del funcionamiento y de la calidad de vida a lo largo del tiempo, siempre y cuando el paciente no sufra una muerte prematura relacionada con su enfermedad (46). Esta misma afirmación es cierta con respecto a las personas con trastornos relacionados con el alcohol (47). En las personas con trastornos comórbidos se han realizado pocos estudios de diseño longitudinal, aunque los seguimientos realizados durante períodos de hasta tres años indican una mejoría constante (48-50). En el reciente estudio prospectivo de seguimiento realizado durante 10 años por parte de nuestro grupo (51) se demuestra que la tendencia modal constante es hacia la recuperación. En este estudio, los propios pacientes con diagnóstico dual identificaron los parámetros indicadores de una positiva recuperación: la capacidad para vivir de manera independiente, el desempeño de un puesto de trabajo competitivo, el mantenimiento regular de relaciones interpersonales con amigos que no consumen sustancias, la expresión de una calidad de vida positiva, el control activo del trastorno relacionado con sustancias y el control de los síntomas psiquiátricos. Los principales hallazgos fueron los siguientes: *a)* los pacientes mostraron una mejoría constante en todos estos parámetros a lo largo de los 10 años de seguimiento; *b)* los seis dominios citados se relacionaban mínimamente entre sí, y *c)* la cronología y la secuencia de la tendencia hacia la recuperación presentaron grandes variaciones a través de los distintos pacientes. En otras palabras, algunos pacientes pudieron obtener antes que nada un trabajo competitivo, mientras que otros pacientes progresaron en otros dominios antes de obtener un trabajo. Nuestra interpretación es que estos resultados indican que la recuperación es esperable, en el curso de evolución natural de los trastornos, pero que existen grandes variaciones individuales en cuanto a la magnitud de la recuperación, los diferentes dominios en los que se manifiesta y los patrones de evolución. También observamos que el fallecimiento prematuro fue frecuente entre las personas que no consiguieron la remisión de su trastorno relacionado con sustancias (51).

IMPLICACIONES PROGRAMÁTICAS

Misión y filosofía

La implicación más clara de las investigaciones acerca de la prevalencia es el hecho de que todos los programas dirigidos ha-

cia personas con enfermedades mentales graves deberían ser considerados programas de diagnóstico dual. Los pacientes con trastornos comórbidos constituyen la norma, y no la excepción. Todo profesional de salud mental y todo programa de salud mental deberían aceptar esta realidad y adoptar las modificaciones que sean necesarias. Sencillamente, no bastará con el trabajo de los equipos de especialistas, debido a que muchos pacientes quedarán sin diagnóstico, sin tratamiento y sin los apoyos necesarios para su recuperación. Además, muchos elementos programáticos no serán adecuados para las necesidades de las personas que sufren un trastorno dual.

Los estudios de investigación con diseño longitudinal demuestran que la recuperación no solamente es posible sino que parece ser el proceso modal en las personas con diagnóstico dual. No obstante, muchos pacientes, familiares y clínicos experimentan problemas graves a corto plazo y, por razones comprensibles, manifiestan sentimientos de desánimo, desesperanza y desaliento. A menudo tienen poca o ninguna información acerca de la disponibilidad de tratamientos eficaces y de las posibilidades de recuperación a largo plazo. Estos hallazgos implican el imperativo de brindar educación y esperanza a pacientes y familiares. La esperanza es un aspecto esencial en el proceso de recuperación (52-54). Así, el optimismo y una expectativa realista con respecto a la recuperación de ambos trastornos constituyen la filosofía del tratamiento de los pacientes con diagnóstico dual. Todos los pacientes deben ser considerados como personas con posibilidades de recuperación, y todos los clínicos pueden ayudarlos, transmitiendo un mensaje realista de optimismo con respecto su recuperación a largo plazo.

Conducción

El cambio desde un enfoque basado en un diagnóstico único hacia un enfoque basado en un diagnóstico dual exige que muchas personas modifiquen sus actitudes, conocimientos y comportamientos. Este cambio no se producirá con rapidez y, sobre todo, necesita una firme conducción, pues no se efectuará espontáneamente. En función del National Evidence-Based Practices Project (10) y de otras experiencias (44, 55), es posible afirmar que esta conducción debe efectuarse en función de distintos grados de responsabilidad. En el nivel básico, todos los profesionales, los pacientes y los familiares deben desempeñar distintas funciones. Necesitan creer en la doble recuperación, ser educados con respecto a sus respectivas funciones, y desarrollar –para facilitar la recuperación– las habilidades requeridas y el apoyo necesario. También tienen que ser capacitados para participar en el plan y para dirigir los cambios. En el nivel de los gestores, supervisores y educadores del programa, la conducción implica una planificación detallada, la modificación de los aspectos del programa que así lo requieran, y la facilitación del aprendizaje a todo el equipo. En el nivel de los directores, los responsables deben articular los aspectos relativos a la visión global, los valores y el compromiso. También deben diseñar las estrategias para garantizar que las estructuras organizativas (p. ej., las historias clínicas) y financieras permitan efectuar los cambios.

Reorganización integral

El diagnóstico dual afecta característicamente a muchas áreas de la vida de los pacientes, y las investigaciones demuestran que la recuperación abarca mecanismos, dominios, estilos, preferencias y patrones de evolución muy distintos en cada individuo. Un enfoque personalizado de intervención terapéutica debe tener en cuenta los diversos aspectos de la recuperación, ofrecer posibilidades de formación e intervención, y realizar de un modo con-

sensuado la toma de decisiones (56). Este grado de personalización permite a cada paciente seguir el camino que considera más conveniente y por medio del cual tiene esperanzas de obtener logros.

Por otra parte, todos los programas deben ser modificados para que su utilidad para los pacientes con trastorno dual sea óptima. Por ejemplo, el tratamiento medicamentoso tiene que evitar las interacciones peligrosas y también el uso de fármacos potencialmente adictivos, como las benzodiacepinas (27). Los servicios de apoyo al empleo deben centrarse en las actividades y los sistemas laborales que fomentan la abstinencia (58). La formación en habilidades debe abordar las relaciones con los proveedores de sustancias y también las relaciones personales y de amistad (59).

Formación

La formación debe abordar las necesidades globales de todos los profesionales y también las de los especialistas. Dada la elevada prevalencia de los trastornos relacionados con sustancias en las personas que sufren enfermedades mentales graves, todos los clínicos necesitan una formación básica para atender a los pacientes con diagnósticos duales (60). Esta formación incluye los conocimientos relativos a las interacciones existentes entre el uso de sustancias y la enfermedad psiquiátrica, los datos y los instrumentos necesarios para reconocer y evaluar los problemas del uso de sustancias, el conocimiento de los conceptos relativos a las fases del cambio (61) y del tratamiento (62), las habilidades para elaborar la planificación terapéutica, las estrategias para conseguir la participación de los pacientes en el tratamiento y para fomentar su motivación hacia el mantenimiento de un estado de sobriedad, y los aspectos básicos de la colaboración con los familiares y con otras personas que desempeñan un papel importante en el tratamiento (59). Por otra parte, los clínicos que se especializan en el tratamiento de las personas que sufren un diagnóstico dual tienen que desarrollar una experiencia adicional en modalidades terapéuticas específicas, tales como la terapia cognitivo-conductual individual, los abordajes grupales fundamentados en el estímulo a las motivaciones y en el entrenamiento en habilidades y la terapia de familia. Asimismo, es necesario que los profesionales adquieran y desarrollen habilidad para afrontar aspectos problemáticos comunes a los distintos trastornos, como la inestabilidad de la vivienda, los problemas legales, los problemas sanitarios y las cuestiones relacionadas con las situaciones traumáticas y de victimización (59, 63, 64).

Programas especiales: grupos de pares y vivienda

Los grupos de pares constituyen la pieza clave del tratamiento de los pacientes con diagnóstico dual. La evidencia demuestra que estos grupos son la intervención de primera línea más eficaz para ayudar a las personas a recuperarse de un cuadro comórbido de trastorno mental y trastorno relacionado con sustancias. Los grupos se pueden organizar de distintas maneras, en función de modelos diferentes, con frecuencias de reunión variables y con pacientes en distintas etapas de recuperación. Todavía no existe evidencia de que algún tipo de grupo sea más eficaz que los demás; el elemento clave es la asistencia continuada al grupo durante varios meses, posiblemente durante un año, como mínimo. Así, nuestra recomendación es el ofrecimiento de opciones diversas, de manera que los pacientes puedan encontrar un grupo en el que se sientan cómodos.

El tratamiento a largo plazo en una residencia constituye la única intervención establecida para los pacientes que no responden a los tratamientos ambulatorios integrados. Tal como ocurre

con las intervenciones grupales, los programas de tratamiento en residencias varían considerablemente. Los elementos comunes de los programas eficaces son la flexibilidad en cuanto a la admisión y el alta, la integración del tratamiento para la enfermedad mental y del tratamiento de los problemas relacionados con las sustancias, la consideración integral del empleo y de otros aspectos de la rehabilitación, los abordajes graduados en función de las recaídas o recidivas, y la asistencia a la residencia durante un año o más (65).

Por supuesto, no todos los pacientes desean o necesitan un tratamiento a largo plazo en una residencia, y –posiblemente– los programas necesitan diversos enfoques con respecto a la vivienda o el alojamiento del paciente (66). Por ejemplo, un abordaje que tiene en cuenta «en primer lugar, la vivienda» es útil para que muchos pacientes puedan salir de la mendicidad y se sientan motivados para alcanzar objetivos adicionales (67). También hay algunas pruebas de la existencia de un espectro continuado de opciones posibles para el problema de la vivienda (68). Dado que la vivienda es un objetivo primario para muchos pacientes, y teniendo en cuenta que no hay una evidencia sólida que apoye ninguno de los abordajes específicos sobre los demás, también en este caso tiene sentido el ofrecimiento de opciones múltiples.

Mejora de la calidad

Otro elemento clave de la organización es la mejora de la calidad de los programas. Este objetivo puede adoptar muchas formas, pero la mayoría de los abordajes actuales contempla la ingeniería de sistemas, la supervisión basada en datos estandarizados, las historias clínicas informatizadas, los sistemas electrónicos de apoyo a las decisiones, las revisiones para comprobar la fidelidad de los datos y la revisión intensiva de los pacientes que no efectúan progresos (69). El análisis detallado de los mecanismos de la mejora de la calidad queda fuera del objetivo de este artículo, pero para la implementación adecuada de cualquier programa es esencial el compromiso con la mejora de la calidad.

CONCLUSIONES

A medida que en la bibliografía se siguen publicando con rapidez artículos referentes al diagnóstico dual, las implicaciones programáticas para los pacientes con trastornos comórbidos son cada vez más específicas. En este artículo se ofrece una visión general de los diversos pasos que deben considerar todos los responsables de la salud mental, incluyendo las iniciativas para reconfigurar los programas de salud mental y convertirlos en programas de recuperación doble. Recomendamos encarecidamente la realización de nuevos estudios de investigación con mayor grado de estandarización y mayor rigor metodológico, con el objetivo de conseguir avances en este campo (70).

World Psychiatry 2007; 6:131-136

Bibliografía

1. Caton CLM. The new chronic patient and the system of community care. *Hosp Commun Psychiatry* 1981;32:475-8.
2. Pepper B, Krishner MC, Ryglewicz H. The young adult chronic patient: overview of a population. *Hosp Commun Psychiatry* 1981; 32:463-9.
3. Lehman AF. Heterogeneity of person and place: assessing co-occurring addictive and mental disorders. *Am J Orthopsychiatry* 1996; 66:32-41.
4. Ridgely MS, Osher FC, Goldman H et al. Chronic mentally ill young adults with substance abuse problems: a review of research,

- treatment, and training issues. Baltimore: University of Maryland, 1987.
5. Polcin DL. Issues in the treatment of dual diagnosis clients who have chronic mental illness. *Prof Psychol Res Pract* 1992;23:30-7.
 6. Brunette MF, Mueser KT, Drake RE. A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Drug Alcohol Rev* 2004;23:471-81.
 7. Drake RE, O'Neal E, Wallach MA. A systematic review of research on interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat* (in press).
 8. Mueser KT, Drake RE, Sigmon SC et al. Psychosocial interventions for adults with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders: a review of specific interventions. *J Dual Diagnosis* 2005;1:57-82.
 9. Petrakis IL, Nich C, Ralevski E. Psychotic spectrum disorders and alcohol abuse: a review of pharmacotherapeutic strategies and a report on the effectiveness of naltrexone and disulfiram. *Schizophr Bull* 2006;32:644-54.
 10. McHugo GM, Drake RE, Whitley R et al. Fidelity outcomes in the national implementing evidence-based practices project. *Psychiatr Serv* (in press).
 11. United States Department of Health and Human Services. Assessment and treatment of patients with coexisting mental illness and alcohol and other drug abuse. Rockville: United States Department of Health and Human Services, 1994.
 12. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G et al. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry* 2000;176:149-55.
 13. Schinnar A, Rothbard A, Kanter R et al. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry* 1990;147:1602-8.
 14. Stabo JD, McGerary M, Barnes DK. Improving the social security disability decision process: final report. Washington: National Academies Press, 2006.
 15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
 16. Bellack AS. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophr Bull* 2006;32:432-42.
 17. Deegan PE. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosoc Rehabil J* 1988;11:11-9.
 18. Ralph RO. Review of recovery literature: a synthesis of a sample of recovery literature 2000. Alexander: National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning, 2000.
 19. New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Washington: Department of Health and Human Services, 2003.
 20. Kessler RC, Crum RM, Warner LA et al. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:313-21.
 21. Regier DA, Farmer ME, Rae DS et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA* 1990;264:2511-8.
 22. Teeson M, Halal W, Lynskey M et al. Alcohol and drug use disorders in Australia: implications of the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2000;34:206-13.
 23. Cuffel BJ. Comorbid substance use disorder: prevalence patterns of use, and course. In: Drake RE, Mueser KT (eds). *Dual diagnosis of major mental illness and substance disorder*, Vol. II. San Francisco: Jossey-Bass, 1996:93-105.
 24. Kavanagh DJ, Waghorn G, Jenner L et al. Demographic and clinical correlates of comorbid substance use disorders in psychosis: multivariate analyses from an epidemiological sample. *Schizophr Res* 2004;66:115-24.
 25. Mueser KT, Yarnold PR, Levinson DF et al. Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophr Bull* 1990;16:31-56.
 26. Graham HL, Maslin J, Copello A et al. Drug and alcohol problems amongst individuals with severe mental health problems in an inner city area of the UK. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:448-55.
 27. Mueser KT, Bennett M, Kushner MG. Epidemiology of substance abuse among persons with chronic mental disorders. In: Lehman AF, Dixon L (eds). *Double jeopardy: chronic mental illness and substance abuse*. New York: Harwood Academic Publishers, 1995:9-25.
 28. Rosenberg SD, Drake RE, Wolford GL et al. The Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (DALI): a substance use disorder screen for people with severe mental illness. *Am J Psychiatry* 1998;155:232-8.
 29. Gershon ES, DeLisi LE, Hamaovit J et al. A controlled family study of chronic psychoses: schizophrenia and schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:328-36.
 30. Strakowski SM, DelBello MP. The co-occurrence of bipolar and substance use disorders. *Clin Psychol Rev* 2000;29:191-206.
 31. Hodgins S, Tiihonen J, Ross D. The consequences of conduct disorder for males who develop schizophrenia: associations with criminality aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. *Schizophr Res* 2005;78:323-35.
 32. Mueser KT, Rosenberg SD, Drake RE et al. Conduct disorder, antisocial personality disorder, and substance use disorders in schizophrenia and major affective disorders. *J Stud Alcohol* 1999;60:278-84.
 33. Mueser KT, Essock SM, Drake RE et al. Rural and urban differences in patients with a dual diagnosis. *Schizophr Res* 2001;48:93-107.
 34. Galanter M, Castaneda R. Substance abuse among general psychiatric patients: place of presentation, diagnosis, and treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1988;14:211-35.
 35. Caton CLM, Shrout PE, Eagle PF et al. Risk factors for homelessness among schizophrenic men: a case-control study. *Am J Publ Health* 1994;84:265-70.
 36. Caton CLM, Shrout PE, Dominguez B et al. Risk factors for homelessness among women with schizophrenia. *Am J Publ Health* 1995;85:1153-6.
 37. Peters RH, Greenbaum PE, Edens JF et al. Prevalence of DSM-IV substance abuse and dependence disorders among prison inmates. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1998;24:573-87.
 38. Drake RE, Mueser KT, Brunette M et al. A review of treatments for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorder. *Psychiatr Rehabil J* 2004;27:360-74.
 39. Petrakis IL, O'Malley SS, Rounselle B et al. Naltrexone augmentation of neuroleptic treatment in alcohol abusing patients with schizophrenia. *Psychopharmacology* 2004;172:291-7.
 40. Nunes EV, Levin FR. Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: a meta-analysis. *JAMA* 2004;291:1887-96.
 41. Brady KT, Sonnes AR, Ballenger JC. Valproate in the treatment of acute bipolar affective episodes complicated by substance abuse: a pilot study. *J Clin Psychol* 1995;56:118-21.
 42. Salloum IM, Cornelius JR, Daley DC et al. Efficacy of valproate maintenance in patients with bipolar disorder and alcoholism: a double-blind placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:37-45.
 43. Green AI, Noordsy DL, Brunette MF et al. Substance abuse and schizophrenia: pharmacotherapeutic intervention. *J Subst Abuse Treat* (in press).
 44. Torrey WC, Drake RE, Dixon L et al. Implementing evidence-based treatment for persons with severe mental illnesses. *Psychiatr Serv* 2001;52:45-50.
 45. Torrey WC, Lynde DW, Gorman P. Promoting the implementation of practices that are supported by research: the national implementing evidence-based practice project. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2005;14:297-306.
 46. McGlashan TH. A selective review of recent North American long-term follow-up studies of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1988;14:515-42.
 47. Vaillant GE. *Natural history of alcoholism revisited*. Cambridge: Harvard University Press, 1995.
 48. Drake RE, McHugo GJ, Xie H et al. Three-year outcomes of long-term patients with co-occurring bipolar and substance use disorder. *Biol Psychiatry* 2004;56:749-56.
 49. Essock S, Mueser KT, Drake RE et al. Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatr Serv* 2006;57:185-96.
 50. Xie H, McHugo GJ, Helmstetter BS et al. Three-year recovery outcomes for long-term patients with co-occurring schizophrenic and substance use disorders. *Schizophr Res* 2005;75:337-48.

51. Drake RE, McHugo GJ, Xie H et al. Ten-year recovery outcomes for clients with co-occurring schizophrenia and substance use disorders. *Schizophr Bull* 2006;32:464-73.
52. Corrigan PW, Salzer M, Ralph RO et al. Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophr Bull* 2004;30:1035-41.
53. Deegan P. Recovery and the conspiracy of hope. Presented at the Sixth Annual Mental Health Conference of Australia and New Zealand, Brisbane, September 1996.
54. Roe D, Chopra M, Rudnick A. Persons with psychosis as active agents interacting with their disorder. *Psychiatr Rehabil J* 2004;28:122-8.
55. Rapp CA, Gosche RJ. The strengths model: case management with people with psychiatric disabilities. New York: Oxford University Press, 2006.
56. Adams JR, Drake RE. Shared decision making and evidence-based practice. *Commun Ment Health J* 2006;42:87-105.
57. Brunette M, Noordsy DL, Xie H et al. Benzodiazepine use and abuse among patients with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Psychiatr Serv* 2003;54:1395-401.
58. Becker DR, Drake RE, Naughton W. Supported employment for people with co-occurring disorders. *Psychiatr Rehabil J* 2005;28:332-8.
59. Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE et al. Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice. New York: Guilford, 2003.
60. Maslin J, Graham HL, Cawley M et al. Combined severe mental health and substance use problems: what are the training and support needs of staff working with this client group? *J Ment Health* 2001;10:131-40.
61. Prochaska JO, Diclemente CC. The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy. Homewood: Dow-Jones/Irwin, 1984.
62. Osher FC, Kofoed LL. Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance use disorders. *Hosp Commun Psychiatry* 1989;40:1025-30.
63. Centre for Addiction and Mental Health. Best practices: concurrent mental health and substance use disorders. Ottawa: Health Canada, 2001.
64. Graham HL, Copello A, Birchwood MJ et al. Cognitive-behavioural integrated treatment (C-BIT): a treatment manual for substance misuse in people with severe mental health problems. Chichester: Wiley, 2004.
65. Brunette MB, Noordsy DL, Buckley P et al. Pharmacologic treatments for co-occurring substance use disorders in patients with schizophrenia: a research review. *J Dual Diagnosis* 2005;1:41-55.
66. Osher FC, Dixon LB. Housing for persons with co-occurring mental and addictive disorders. In: Drake RE, Mueser KT (eds). *Dual diagnosis of major mental illness and substance abuse 2: Recent research and clinical implications. New directions for mental health services*. San Francisco: Jossey-Bass, 1996:53-64.
67. Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *Am J Publ Health* 2004;94:651-6.
68. McHugo GJ, Bebout RR, Harris M et al. A randomized controlled trial of integrated versus parallel housing services for homeless adults with severe mental illness. *Schizophr Bull* 2004;30:969-82.
69. Hermann RC. *Improving mental healthcare: a guide to measurement-based quality improvement*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2005.
70. McHugo GJ, Drake RE, Brunette MF et al. Enhancing validity in co-occurring disorders treatment research. *Schizophr Bull* 2006;32:655-65.

Asesinato de niños por sus madres: patrones y prevención

SUSAN HATTERS FRIEDMAN, PHILLIP J. RESNICK

Department of Psychiatry, Case Western Reserve University School of Medicine, Hanna Pavilion, University Hospitals of Cleveland, 11100 Euclid Avenue, Cleveland, OH 44106, USA

La tragedia del filicidio materno, o asesinato de niños por parte de sus madres, ha tenido lugar a lo largo de toda la historia y en todo el mundo. En esta revisión de la bibliografía de investigación se ha intentado identificar factores predictivos comunes en la población general y también en grupos de mujeres residentes en instituciones penitenciarias y de mujeres con problemas psiquiátricos. Son necesarios nuevos estudios de investigación para incrementar la identificación de los niños y las madres en riesgo. Se analizan también las leyes relativas al filicidio. Finalmente, se ofrecen sugerencias de prevención en función de la bibliografía actual y de la experiencia de los autores de este artículo.

Palabras clave: filicidio, infanticidio, homicidio infantil

Cuando un niño pequeño es asesinado, el perpetrador más habitual es uno de los progenitores (padre/madre o padrastro/madrastra) (1). Los índices de infanticidio son más similares a los índices de suicidio que a los de asesinato (2). El riesgo de ser víctima de homicidio es mayor durante el primer año de vida (3-5). A pesar de que EE.UU. presenta las mayores tasas de homicidio infantil (8,0/100.000 respecto a los lactantes; 2,5/100.000 respecto a los niños en edad preescolar, y 1,5/100.000 respecto a los niños en edad escolar), el problema del homicidio infantil trasciende los límites nacionales (6). Estas tasas de asesinato infantil posiblemente representen una estimación inferior a la real, debido a las imprecisiones en los informes de los forenses y a que en algunos casos el cuerpo de la víctima no se llega a descubrir nunca (4, 7, 8).

El *filicidio materno* se define como el asesinato de un niño por parte de su madre. El término *infanticidio* se refiere al asesinato de un niño durante su primer año de vida. Por su parte, el término *neonaticidio* fue acuñado por Resnick (9) para describir el asesinato de un lactante durante sus primeras 24 horas de vida. Casi todos los neonaticidios son cometidos por las madres de las víctimas. Las mujeres que cometen neonaticidio son a menudo jóvenes solteras que han tenido un embarazo no deseado y que no han recibido asistencia prenatal. El lector puede consultar la revisión publicada recientemente por nuestro grupo (10), en la que se realizan un estudio detallado de la bibliografía relativa al neonaticidio y un análisis de su prevención.

La revisión de la bibliografía psiquiátrica mundial relativa al filicidio materno efectuada por Resnick (11) puso de manifiesto que las mujeres que asesinan a sus hijos sufren con frecuencia depresión y psicosis, presentan ideación suicida y tienen antecedentes de tratamiento por problemas mentales. El filicidio materno obedece a cinco motivaciones básicas: *a*) en el *filicidio altruista*, la madre mata a su hijo por amor; considera que lo mejor para el niño es su muerte (p. ej., una madre con ideación suicida puede querer que su hijo huérfano no tenga que enfrentarse a un mundo intolerable, o bien una mujer que sufre psicosis puede creer que está salvando a su hijo de un destino peor que la muerte); *b*) en el *filicidio por psicosis aguda*, la madre padece un cuadro de psicosis o de ideas delirantes y asesina a su hijo sin que exista para ello un motivo comprensible (p. ej., una madre puede obedecer órdenes alucinatorias de matar a su hijo); *c*) en los casos de *filicidio por maltrato mortal*, el fallecimiento del niño no suele ser un resultado buscado; se debe a la acumulación de problemas derivados del abuso infantil, la negligencia y el síndrome de Münchhausen por poderes; *d*) en el *filicidio del niño no deseado*, la madre considera que su hijo es un estorbo; *e*) la motivación menos frecuente es la correspondiente al *filicidio por venganza hacia el cónyuge*, que tiene lugar cuando una madre asesina a su hijo con el objetivo específico de causar daño emocional al padre del niño.

En los países en vías de desarrollo, la preferencia por los lactantes de sexo masculino puede dar lugar a asesinatos selectivos de niñas (12, 13). Las diferencias culturales y legales existentes entre los distintos países pueden influir en los resultados de los estudios de investigación. Por ejemplo, una muestra penitenciaria de un país puede tener características similares a las de una muestra psiquiátrica de otro país, según las leyes y las actitudes hacia el procesamiento de los perpetradores.

Los objetivos de este artículo son el resumen de los hallazgos de las investigaciones más recientes respecto al filicidio materno y la consideración de las posibles estrategias de prevención. Los autores han utilizado bases de datos correspondientes a la bibliografía publicada a lo largo de los 25 últimos años, en idioma inglés y revisada por expertos, referente al filicidio materno. Los estudios fueron clasificados en función del tipo de población, tal como se hizo en nuestro análisis previo (14), debido a que los estudios realizados en la población general difieren de los que se han llevado a cabo en poblaciones psiquiátricas y penitenciarias. Los casos de filicidio-suicidio materno (la madre que mata a su hijo y después se suicida) fueron considerados de manera independiente.

RESULTADOS DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE EL FILICIDIO MATERNO

Los países representados en la bibliografía correspondiente al filicidio y publicada en idioma inglés fueron Australia, Austria, Brasil, Canadá, Finlandia, Francia, Hong Kong, Japón, Irlanda, Nueva Zelanda, Suecia, Turquía, Reino Unido y EE.UU. Además de los estudios efectuados en madres que habían cometido filicidio (3, 4, 15-55), hubo varios estudios en los que se había investigado la prevalencia de la ideación filicida en diversos grupos de población.

Infanticidio

En un estudio de gran envergadura realizado sobre el *infanticidio* en EE.UU. (las víctimas tenían menos de un año de edad) se observaron tasas más elevadas en situaciones de mayor estrés económico (24). Aunque Inglaterra y Gales poseen leyes específicas respecto al infanticidio, mientras que Escocia carece de ellas, estos países presentan tasas similares de infanticidio (3, 38). En los estudios relativos al infanticidio materno en la población general (20, 38, 44, 45) se ha observado un predominio de mujeres en situación de paro laboral y con poco más de 20 años de edad. Muchos de estos casos se produjeron en el contexto del abuso infantil (4), aunque algunas madres realizaron también intentos de

suicidio. A menudo las madres sufrían trastornos psiquiátricos (36 al 72%) (44, 45). En Japón, las víctimas de infanticidio presentaban con frecuencia malformaciones físicas.

Estudios sobre el filicidio materno en la población general

Con frecuencia las madres eran pobres, sufrían aislamiento social, mantenían una actividad de cuidadoras a tiempo completo y eran víctimas de violencia doméstica o presentaban otros problemas de relación interpersonal. Fueron frecuentes los contextos socioeconómicos desfavorecidos y el hecho de que las mujeres tuvieran la responsabilidad principal sobre los niños. El llanto persistente y otros factores relacionados con los niños fueron en ocasiones los elementos precipitantes del filicidio. Algunas mujeres habían abusado previamente del niño, mientras que otras sufrían enfermedades mentales y estaban consagradas al cuidado de su hijo (41). Las madres con cuadros de negligencia o abuso respecto a sus hijos padecían a menudo problemas de abuso de sustancias. Muchas de las perpetradoras sufrían psicosis, depresión o ideación suicida (15, 16, 18, 20, 28, 40-43, 45, 48, 51, 52).

Estudios sobre el filicidio materno en muestras penitenciarias

En la población penitenciaria, las madres que cometieron filicidio eran a menudo solteras y víctimas de situaciones de abuso, carecían de un empleo estable y poseían bajo nivel de educación y escaso apoyo social (29-33, 46-47, 53, 54). Algunas madres presentaban un bajo cociente intelectual, y unas pocas consideraban que el niño que había sido víctima no era normal. En algunos de los estudios realizados en muestras penitenciarias se observó una incidencia elevada de depresión, psicosis, abuso de sustancias, ideación suicida y asistencia previa por problemas de salud mental (33, 46, 47, 53, 54). También fueron frecuentes los factores estresantes múltiples (económicos y sociales, antecedentes de abuso, problemas de relación con la pareja), la situación de cuidadora primaria y las dificultades para atender al niño.

Estudios sobre el filicidio materno en muestras psiquiátricas

En las muestras psiquiátricas, las madres que cometieron filicidio sufrían con frecuencia psicosis, depresión e ideación suicida, y tenían antecedentes de asistencia por problemas de salud mental (18, 19, 22, 25-27, 34-37, 39, 49, 50, 55). Su edad media era cercana a los 30 años (18, 19, 22, 25, 34-36). En algunas de estas mujeres se habían establecido diagnósticos de trastornos de la personalidad y, en algunos casos, las mujeres presentaban un bajo cociente intelectual. Se detectaron con frecuencia factores estresantes vitales significativos. En el estudio efectuado recientemente por nuestro grupo en madres declaradas judicialmente no culpables, debido al padecimiento de locura, en dos estados norteamericanos, se demostró que las perpetradoras sufrían a menudo depresión y habían experimentado con frecuencia alucinaciones auditivas, en algunos casos en forma de órdenes. Más de la tercera parte de los homicidios tuvo lugar durante el embarazo o a lo largo del primer año tras el parto. En casi todas las madres los homicidios respondieron a *motivaciones altruistas* o a *psicosis aguda* (22). En un estudio de pequeña envergadura realizado en Nueva Zelanda, en el que las madres fueron entrevistadas tras el filicidio, se observó que las mujeres con psicosis que habían cometido filicidio lo habían hecho a menudo sin una planificación excesiva de ello, mientras que las mujeres con depre-

sión habían contemplado el asesinato de sus hijos durante días o semanas antes de consumarlo (49).

Filicidio-suicidio materno

Una proporción significativa (16-29%) de las mujeres que cometen filicidio se suicida después de este hecho (56). Otras muchas mujeres realizan intentos fracasados de suicidio, con posterioridad al filicidio. Cuando las madres de niños pequeños se suicidan, aproximadamente el 5% también mata al menos a uno de sus hijos (57, 58).

Los cuadros de filicidio-suicidio tienen muchas características en común con los correspondientes a los filicidios cometidos por mujeres que sufren enfermedades mentales graves (15). Lo más habitual es que estas mujeres tengan una motivación altruista (15, 23). En congruencia con los resultados obtenidos en otros estudios (15, 20, 48), los hallazgos efectuados en nuestro reciente estudio realizado en EE.UU. indican que las mujeres que cometen filicidio-suicidio matan a hijos de más edad con mayor frecuencia que a hijos lactantes (la edad media de los niños asesinados fue de 6 años). A menudo, estas mujeres presentan evidencia de depresión o psicosis (23), y con frecuencia asesinan a todos sus hijos pequeños.

Prevalencia de la ideación filicida

En las mujeres que padecen enfermedades mentales se ha observado una incidencia relativamente elevada de ideación filicida. En el estudio realizado por Jennings *et al.* en madres con depresión que tenían hijos menores de 3 años de edad se observó que el 41% había presentado pensamientos de lesionar al niño, en comparación con el 7% de las madres del grupo de comparación. En un estudio pediátrico efectuado en madres de la población general se observó que el 70% de las que tenían hijos que habían sufrido cuadros de cólicos había experimentado pensamientos agresivos explícitos hacia sus hijos, y que más de la cuarta parte de ellas (el 26%) había presentado ideación filicida durante los episodios de cólicos de los niños (60). En un estudio realizado en India (61) en mujeres hospitalizadas debido a enfermedad mental grave posparto se observó que el 43% había sufrido ideación infanticida. El 36% de estas mujeres había llevado a cabo algún tipo de comportamiento infanticida. Estos comportamientos se asociaron a una reacción materna negativa frente a la separación, a la existencia de creencias de tipo psicótico respecto al lactante y al sexo femenino del lactante.

En nuestro reciente estudio realizado en psiquiatras pertenecientes a dos instituciones universitarias norteamericanas se observó que muchos psiquiatras no realizan preguntas a sus pacientes sobre la ideación de causar lesiones a sus hijos, sino que realizan preguntas de tipo genérico en relación con la ideación homicida (62). Los psiquiatras estudiados efectuaron con frecuencia una estimación inferior a la real de la prevalencia de las madres con depresión que presentan ideación de lesionar a sus hijos.

NORMATIVA LEGAL RELATIVA AL INFANTICIDIO

La normativa legal relativa al infanticidio reduce a menudo la pena en el caso de las madres que asesinan a sus hijos menores de un año de edad, sobre la base del principio de que una mujer que comete infanticidio lo hace debido a que «el equilibrio de su mente está alterado pues no se ha recuperado plenamente del efecto inducido por el parto del niño» (41). La British Infanticide Act de 1922 (enmendada en 1938) permite que las madres sean acusadas de homicidio involuntario más que de homicidio volun-

tario si sufren algún trastorno mental. Esta ley estuvo fundamentada originalmente en el viejo concepto de la locura de la lactancia, pero aunque se demostró la falsedad de tal concepto, el deseo de la sociedad de justificar a mujeres que inspiraban compasión impidió que se modificara la ley. A menudo, las mujeres que son condenadas por infanticidio son mantenidas en libertad condicional y reciben tratamiento psiquiátrico, en vez de ser enviadas a prisión (41).

Aproximadamente, en la actualidad hay dos docenas de países que poseen legislación relativa al infanticidio (Australia, Austria, Brasil, Canadá, Colombia, Finlandia, Alemania, Grecia, Hong Kong, India, Italia, Japón, Corea, Nueva Zelanda, Noruega, Filipinas, Suecia, Suiza, Turquía y Reino Unido) (12, 19, 21, 41, 63). La mayoría de los países que poseen legislación acerca del infanticidio ha seguido el precedente británico y ha reducido las penas impuestas a las mujeres que matan a sus hijos menores de 1 año de edad. Sin embargo, la definición legal de infanticidio presenta variaciones entre los distintos países. En Nueva Zelanda se considera infanticidio el asesinato de los niños de hasta 10 años de edad (21).

No obstante, en la práctica, las mujeres condenadas por infanticidio en Inglaterra no padecen en ocasiones una enfermedad mental importante, según lo exige técnicamente la ley (64). Los detractores de las leyes relativas al infanticidio señalan que los progenitores de sexo masculino son contemplados con una actitud mucho menos indulgente. El progenitor de sexo masculino que sufre una depresión psicótica similar a la de una madre y que asesina a su hijo de 10 meses de edad en función de una creencia psicótica altruista y en asociación a un intento de suicidio no debería recibir un trato diferente del recibido por una madre con características similares. Algunas feministas critican las leyes relativas al infanticidio debido a que «introducen un concepto del parto como un proceso patológico». Consideran que al aplicar esta excepción a las mujeres se les niega una capacidad de autogobierno similar a la atribuida a los hombres (65). Por otra parte, no es lógico que una mujer inmersa en un cuadro de psicosis posparto y que asesina a su hijo recién nacido y a su hijo de 2 años de edad pueda ser acusada de infanticidio/homicidio involuntario por la muerte de su hijo recién nacido y de asesinato por la muerte del hijo de 2 años. Si en EE.UU. hubiera una ley relativa al infanticidio, Andrea Yates no se habría podido acoger a ella, debido a que, además de matar a su hijo recién nacido también quitó la vida a sus cuatro hijos mayores. Por otro lado, en Inglaterra, una mujer con psicosis aguda que asesina a su hijo de 13 meses de edad no se podría acoger a la legislación relativa al infanticidio, mientras que sí lo podría hacer una mujer que matara a su hijo de 11 meses.

PROPUESTAS PARA LA PREVENCIÓN

Los psiquiatras deben evaluar el riesgo de filicidio de forma sistemática, tal como lo hacen con el suicidio. En primer lugar, tienen que contemplar la posibilidad del filicidio materno. Los psiquiatras deben intervenir para prevenir los casos de posible filicidio en los que la enfermedad mental de la madre desempeña un papel importante. Las madres que presentan una motivación altruista o psicótica que las lleva al filicidio pueden sufrir psicosis, depresión, manía o ideas delirantes. Algunas mujeres que acuden al psiquiatra debido a enfermedad mental grave, trastorno de la personalidad o trastorno relacionado con sustancias pueden ser madres abusadoras o negligentes. Los psiquiatras pueden realizar preguntas respecto a las prácticas de crianza de los niños, las dificultades de la maternidad y la posibilidad de que la madre se sienta sobrepasada. Las estrategias dirigidas hacia la prevención deben estar elaboradas en función de las diferentes motivaciones para el filicidio.

Las mujeres con depresión que pueden matar a su hijo a modo de un «suicidio ampliado» deben ser identificadas de manera temprana. Se debe preguntar directamente a las madres con ideación suicida acerca del destino de sus hijos si ellas cometieran el suicidio. Algunas de ellas contestarán que su marido puede cuidar del niño, y otras manifestarán que podrían llevarlos con ellas al cielo. También es necesario preguntar por los pensamientos o temores de causar lesiones al niño. Las amenazas deben ser tomadas con toda seriedad. Es necesario reducir el umbral para la hospitalización en el caso de las mujeres mentalmente enfermas con hijos pequeños, dada la posibilidad de que se produzcan muertes múltiples por situaciones de filicidio-suicidio. Los factores que pueden justificar la hospitalización psiquiátrica son el temor de la madre a lesionar a su hijo, las ideas delirantes acerca del sufrimiento del niño, las preocupaciones injustificadas acerca de la salud del niño y la hostilidad hacia el hijo preferido de una pareja de la que la madre desea vengarse (66).

Las mujeres que sufren psicosis acompañada del temor a que sus hijos puedan tener que enfrentarse a un destino peor que la muerte, debido a sus ideas delirantes de persecución, deben ser hospitalizadas o separadas de sus hijos. Estas mujeres pueden ser reacias a comunicar sus ideas delirantes. En ocasiones, las ideas delirantes pueden salir a la luz a través de una exploración comprensiva de las preocupaciones de la madre respecto a la seguridad de sus hijos. En otros casos, la única evidencia de la preocupación de la madre es la comprobación obsesiva y continuada que lleva a cabo de la salud y la seguridad de sus hijos. Aunque las mujeres que sufren psicosis presenten pocos signos de un posible filicidio, los psiquiatras pueden realizar preguntas acerca de las alucinaciones o las ideas delirantes en relación con los niños. En un estudio reciente efectuado en mujeres hindúes con enfermedad mental posparto grave se observó que las madres con ideas delirantes respecto a sus hijos recién nacidos presentaban una incidencia mayor de comportamientos de abuso hacia ellos (67).

Son importantes la detección y la identificación tempranas de la enfermedad mental, tanto antes del parto como durante el período posparto. La Edinburgh Postnatal Depression Scale (68, 69) es una herramienta validada que se puede aplicar con facilidad tanto durante el embarazo como en el período posparto. Hasta el 4% de las mujeres con psicosis posparto no tratada comete infanticidio (70). Dado que en la actualidad la duración de la hospitalización tras el parto es muy breve, muchos casos de psicosis posparto pasan al contexto comunitario sin ser detectados. Así, es importante la educación comunitaria. Son necesarios los servicios de apoyo a las mujeres y los servicios psiquiátricos accesibles para las poblaciones en riesgo.

Muchos filicidios se deben a un maltrato mortal más que a una enfermedad psiquiátrica de la madre. Muchos casos de filicidio por maltrato mortal nunca llegan al psiquiatra. Las mujeres pueden matar a sus hijos debido a que éstos no responden a sus exigencias, por ejemplo, la demanda de detener el llanto (15). Las mujeres que maltratan a sus hijos hasta causarles la muerte probablemente hayan abusado de sus hijos previamente, en reiteradas ocasiones (15, 25). La intervención temprana para proteger a estos niños posiblemente sea responsabilidad de los organismos de protección infantil, en mayor medida que una responsabilidad de los psiquiatras. En los 50 estados norteamericanos existen normativas legales de notificación obligatoria para los profesionales que sospechan cuadros de abuso infantil. Las clases de orientación para la crianza de los hijos, el apoyo emocional y los números telefónicos de urgencia a los que las madres puedan recurrir si se sienten sobrepasadas pueden ser medios útiles para prevenir los filicidios por maltrato mortal. También es necesario el tratamiento de los cuadros de abuso de sustancias en las madres. Los organismos de protección infantil deben apartar de sus madres a los niños que se encuentran en situación de riesgo de abuso materno grave. Además, es necesario evaluar a las mujeres en las que se ha establecido el diagnóstico de

síndrome de Münchhausen, con el objeto de descartar que hayan tenido comportamientos característicos del síndrome de Münchhausen por poderes. Los organismos de protección infantil deben estar dispuestos y preparados para hacerse cargo de los niños que no son deseados, incluso en los casos en los que todavía no se han producido situaciones de abuso o negligencia.

El filicidio como venganza frente a la pareja es de difícil prevención, debido a que generalmente se acompaña de pocos signos de alarma. Este comportamiento ocurre con mayor frecuencia después de que uno de los componentes de la pareja descubre la infidelidad del otro, así como en las situaciones de disputa por la custodia del niño. En ocasiones, una mujer está tan convencida de que su hijo va a sufrir abuso sexual si se otorga su custodia permanente a su ex pareja, que decide que es preferible que el niño no viva. Los profesionales que llevan a cabo la evaluación de los pleitos por la custodia de los niños deben permanecer alertas respecto a esta posibilidad.

Los niños menores de cinco años de edad pueden tener contactos muy limitados fuera de su hogar y también tienen dificultades para hablar con otras personas, mientras que los niños mayores asisten con frecuencia al colegio y, por lo tanto, pueden revelar los cuadros de abuso infantil. En EE.UU., las tasas de homicidio infantil alcanzan sus valores máximos durante los meses de invierno con respecto a los niños menores de dos años, y durante los meses de verano con respecto a los niños de más edad (5-14 años) (71). Algunos factores relacionados con los lactantes y los niños, como los cuadros de cólicos (60) o de autismo (72), pueden incrementar el riesgo, lo que indica que los pediatras también pueden desempeñar un papel en la prevención.

CONCLUSIONES

Los motivos por los que una mujer comete filicidio pueden ser *altruismo, psicosis aguda, maltrato mortal, rechazo de un niño no deseado o venganza contra la pareja*. Además, muchas mujeres que no realizan intentos de filicidio experimentan pensamientos de lesionar a su hijo. Los motivos del filicidio materno ofrecen un marco para el abordaje de la prevención del filicidio. La ideación suicida, la psicosis y la depresión incrementan el riesgo, como también lo incrementan los antecedentes de abuso infantil. Las mujeres mentalmente enfermas y con ideación filicida muestran perfiles de riesgo muy distintos de los correspondientes a las mujeres que causan la muerte de sus hijos debido a maltrato mortal. La prevención es difícil, debido a que muchos factores de riesgo son similares a los que presentan las mujeres sin ideación filicida, tales como la depresión materna y la desfavorable situación socioeconómica.

World Psychiatry 2007; 6:137-141

Bibliografía

- Bureau of Justice Statistics, US Department of Justice. Homicide trends in the United States: infanticide. www.ojp.usdoj.gov/bjs/homicide/children.htm.
- Lester D. Murdering babies: a cross-national study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1991;26:83-8.
- Marks MN, Kumar R. Infanticide in England and Wales. *Med Sci Law* 1993;33:329-39.
- Brookman F, Nolan J. The dark figure of infanticide in England and Wales: complexities of diagnosis. *J Interpers Violence* 2006; 21:869-89.
- Zawitz MW, Strom KJ. Firearm injury and death from crime, 1993-97. US Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, 2000.
- Finkelhor D. The homicides of children and youth: a developmental perspective. In: Kantor GK, Jasinski JL (eds). *Out of the darkness: contemporary perspectives on family violence*. Thousand Oaks: Sage, 1997:17-34.
- Emery JL. Child abuse, sudden infant death syndrome, and unexpected infant death. *Am J Dis Child* 1993;147:1097-100.
- Ewigman B, Kivlahan C, Land G. The Missouri child fatality study: underreporting of maltreatment fatalities among children younger than five years of age. *Pediatrics* 1993;91:330-7.
- Resnick PJ. Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide. *Am J Psychiatry* 1970;126:58-64.
- Friedman SH, Resnick PJ. Neonaticide: phenomenology and prevention. *Int J Law Psychiatry* (in press).
- Resnick PJ. Child murder by parents: a psychiatric review of filicide. *Am J Psychiatry* 1969;126:73-82.
- Hesketh T, Xing ZW. Abnormal sex ratios in human populations: causes and consequences. *Proc Natl Acad Sci USA* 2006;103:13271-5.
- Wu Z, Viisainen K, Hemminki E. Determinants of high sex ratio among newborns: a cohort study from rural Anhui province, China. *Reproductive Health Matters* 2006;14:172-80.
- Friedman SH, Horwitz SM, Resnick PJ. Child murder by mothers: a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda. *Am J Psychiatry* 2005;162:1578-87.
- Alder CM, Polk K. *Child victims of homicide*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.
- Alder CM, Baker J. Maternal filicide: more than one story to be told. *Women and Criminal Justice* 1997;9:15-39.
- Bourget D, Gagne P. Maternal filicide in Quebec. *J Am Acad Psychiatry Law* 2002;30:345-51.
- Bourget D, Bradford JM. Homicidal parents. *Can J Psychiatry* 1990;35:233-8.
- Cheung PTK. Maternal filicide in Hong Kong, 1971-1985. *Med Sci Law* 1986;26:185-92.
- Daly M, Wilson M. Killing children: parental homicide in the modern west. In: Daly M, Wilson M (eds). *Homicide*. New York: Aldine de Gruyter, 1988:61-93.
- Dean PJ. Child homicide and infanticide in New Zealand. *Int J Law Psychiatry* 2004;27:339-48.
- Friedman SH, Hrouda DR, Holden CE et al. Child murder committed by severely mentally ill mothers: an examination of mothers found not guilty by reason of insanity. *J Forensic Sci* 2005; 50:1466-71.
- Friedman SH, Hrouda DR, Holden CE et al. Filicide-suicide: common factors among parents who kill their children and themselves. *J Am Acad Psychiatry Law* 2005;33:496-504.
- Gauthier DK, Chaudoir NK, Forsyth CJ. A sociological analysis of maternal infanticide in the United States 1984-1996. *Deviant Behavior* 2003;24:393-405.
- Haapasalo J, Petaja S. Mothers who killed or attempted to kill their child: life circumstances, childhood abuse, and types of killing. *Violence Vict* 1999;14:219-39.
- Holden CE, Burland AS, Lemmen CA. Insanity and filicide: women who murder their children. *New Directions for Mental Health Services* 1996;69:25-34.
- Husain A, Daniel A. A comparative study of filicidal and abusive mothers. *Can J Psychiatry* 1984;29:596-8.
- Karakus M, Ince H, Ince N et al. Filicide cases in Turkey, 1995-2000. *Croat Med J* 2003;44:592-5.
- Korbin JE. Incarcerated mothers' perceptions and interpretations of their fatally maltreated children. *Child Abuse Negl* 1987;11: 397-407.
- Korbin JE. Childhood histories of women imprisoned for fatal child maltreatment. *Child Abuse Negl* 1986;10:331-8.
- Korbin JE. Fatal maltreatment by mothers: a proposed framework. *Child Abuse Negl* 1989;13:481-9.
- Korbin JE. 'Good mothers', 'babykillers', and fatal child maltreatment. In: Scheper-Hughes N, Sargent C (eds). *Small wars: the cultural politics of childhood*. Berkeley: University of California Press, 1998:253-76.
- Laporte L, Poulin B, Marleau J et al. Filicidal women: jail or psychiatric ward? *Can J Psychiatry* 2003;48:94-109.
- Lewis CF, Baranoski MV, Buchanan JA et al. Factors associated with weapon use in maternal filicide. *J Forensic Sci* 1998;43:613-8.

35. Lewis CF, Bunce SC. Filicidal mothers and the impact of psychosis on maternal filicide. *J Am Acad Psychiatry Law* 2003;31:459-70.
36. McKee GR, Shea SJ, Mogy RB et al. MMPI-2 profiles of filicidal, maritidal, and homicidal women. *J Clin Psychol* 2001;57:367-74.
37. McGrath PG. Maternal filicide in Broadmoor Hospital. *J Forensic Psychiatry* 1992;3:271-97.
38. Marks MN, Kumar R. Infanticide in Scotland. *Med Sci Law* 1996;36:201-4.
39. Meszaros K, Fisher-Danzinger D. Extended suicide attempt: psychopathology, personality and risk factors. *Psychopathology* 2000;33:5-10.
40. Meyer CL, Oberman M. Mothers who kill their children: understanding the acts of moms from Susan Smith to the "Prom Mom". New York: New York University Press, 2001.
41. Oberman M. Mothers who kill: coming to terms with modern American infanticide. *American Criminal Law Review* 1996;34:2-109.
42. Pritchard C, Bagley C. Suicide and murder in child murderers and child sexual abusers. *J Forensic Psychiatry* 2001;12:269-86.
43. Rouge-Maillart C, Jousset N et al. Women who kill their children. *Am J Forensic Med Pathol* 2005;26:320-6.
44. Sakuta T, Saito S. A socio-medical study on 71 cases of infanticide in Japan. *Keio J Med* 1981;30:155-68.
45. Silverman RA, Kennedy LW. Women who kill their children. *Violence Vict* 1988;3:113-27.
46. Smithey M. Maternal infanticide and modern motherhood. *Criminal Justice* 2001;13:65-83.
47. Smithey M. Infant homicide at the hands of mothers: toward a sociological perspective. *Deviant Behavior* 1997;18:255-72.
48. Somander LK, Rammer LM. Intra- and extra-familial child homicide in Sweden 1971-1980. *Child Abuse Negl* 1991;15:45-55.
49. Stanton J, Simpson A, Wouldes T. A qualitative study of filicide by mentally ill mothers. *Child Abuse Negl* 2000;24:1451-60.
50. Stone MH, Steinmeyer E, Dreher J et al. Infanticide in female forensic patients: the view from the evolutionary standpoint. *J Psychiatr Pract* 2005;11:35-45.
51. Vanamo T, Kauppo A, Karkola K et al. Intra-familial child homicide in Finland 1970-1994: incidence, causes of death and demographic characteristics. *Forensic Sci Int* 2001;117:199-204.
52. Wallace A. Homicide: the social reality. Sydney: New South Wales Bureau of Crime Statistics and Research, 1986.
53. Weisheit RA. When mothers kill their children. *Soc Sci J* 1986;23:439-48.
54. Wilczynski A. Child homicide. London: Oxford University Press/Greenwich Medical Media, 1997.
55. Xie L, Yamagami A. How much of child murder in Japan is caused by mentally disordered mothers? *Intern Med J* 1995;2:309-13.
56. Nock MK, Marzuk PM. Murder-suicide: phenomenology and clinical implications. In: Jacobs DG (ed). *Guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass, 1999:188-209.
57. Appleby L. Suicidal behaviour in childbearing women. *Int Rev Psychiatry* 1996;8:107-15.
58. Schalekamp R.J. Maternal filicide-suicide from a suicide perspective: assessing ideation. www.filicide-suicide.com/summary-dissertation.pdf.
59. Jennings KD, Ross S, Popper S et al. Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. *J Affect Disord* 1999;54:21-8.
60. Levitzky S, Cooper R. Infant colic syndrome: maternal fantasies of aggression and infanticide. *Clin Pediatr* 2000;39:395-400.
61. Chandra PS, Venkatasubramanian G, Thomas T. Infanticidal ideas and infanticidal behavior in Indian women with severe postpartum psychiatric disorders. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:457-61.
62. Friedman SH, Sorrentino RM, Stankowski JE et al. Mothers with thoughts of murder: psychiatric patterns of inquiry. Presented at the American Psychiatric Association Annual Meeting, Toronto, May 2006.
63. Mendlowicz MV, Rapaport MH, Mecler K et al. A case-control study on the socio-demographic characteristics of 53 neonaticidal mothers. *Int J Law Psychiatry* 1998;21:209-19.
64. d'Orban PT. Women who kill their children. *Br J Psychiatry* 1979;134:560-71.
65. Coughlin A. Excusing women. *82 Cal L Rev* 1994;1:6.
66. Guileyardo JM, Prahlow JA, Barnard JJ. Familial filicide and filicide classification. *Am J Forensic Med Pathol* 1999;20:286-92.
67. Chandra PS, Bhargavaraman RP, Raghunandan VN et al. Delusions related to infant and their association with mother-infant interactions in postpartum psychotic disorders. *Arch Women Ment Health* 2006;9:285-8.
68. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6.
69. Ryan D, Milis L, Misri N. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician* 2005;51:1087-93.
70. Altshuler LL, Hendrick V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl. 2):29-33.
71. McCleary R, Chew KSY. Winter is the infanticide season. *Homicide Studies* 2002;6:228-39.
72. Palermo MT. Preventing filicide in families with autistic children. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2003;47:47-57.

Diagnóstico y tratamiento del trastorno por atracón

CYNTHIA M. BULIK^{1,2}, KIMBERLY A. BROWNLEY¹, JENNIFER R. SHAPIRO¹

¹Department of Psychiatry and ²Department of Nutrition, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, NC 27599-7160, USA

El contenido de este artículo representa una actualización de los conceptos relativos al diagnóstico y el tratamiento del trastorno por atracón. Entre las razones de las controversias planteadas por este diagnóstico pueden mencionarse la inexistencia de criterios empíricamente validados, la ausencia de una definición operativa universalmente reconocida de «atracción», y la falta de instrumentos de valoración apropiados para la edad de los pacientes, teniendo en cuenta las publicaciones cada vez más abundantes de casos de este trastorno en niños y adolescentes. Con respecto a los pacientes adultos, diversos tratamientos farmacológicos y conductuales han obtenido resultados prometedores respecto a la disminución de la frecuencia de los episodios de atracón y de los síntomas psicológicos relacionados con este trastorno de la conducta alimentaria (es decir, desinhibición, hambre, estado de ánimo depresivo). Los antidepresivos de segunda generación y la terapia cognitivo-conductual son dos de los tratamientos estudiados con mayor detalle. Sin embargo, ninguna de las intervenciones conductuales ha demostrado ser eficaz para la disminución del peso corporal (lo que constituye una gran preocupación para muchos pacientes con este trastorno que presentan sobrepeso). Por otra parte, en los ensayos clínicos comparativos en pacientes con trastorno por atracón se han verificado índices muy elevados de abandono y de respuestas al placebo por parte de los pacientes. Además, los períodos de seguimiento tras la finalización del tratamiento activo han sido insuficientes para determinar la evolución a largo plazo. Así, no se ha definido la utilidad a largo plazo de las diferentes estrategias de intervención estudiadas. Son necesarios nuevos estudios de investigación acerca de los medicamentos y terapias conductuales innovadores y con enfoques novedosos, con objeto de reducir las propiedades de refuerzo subjetivo de la conducta alimentaria manifestada a través de atracones. Por otra parte, el uso exhaustivo de las tecnologías de la información puede ser especialmente útil en el tratamiento de los pacientes que experimentan un alto grado de vergüenza, negación y déficit en las relaciones interpersonales, así como en el tratamiento de los pacientes con un acceso limitado a la asistencia por especialistas de salud mental. En última instancia, la evaluación del trastorno por atracón en el contexto genérico de la epidemia de obesidad actual constituye una importante área de investigación.

Palabras clave: trastorno de la conducta alimentaria, trastorno por atracón, criterios diagnósticos, antidepresivos, terapia conductual, tecnologías de la información.

El comportamiento alimentario por atracón fue identificado inicialmente por Stunkard en 1959 (1). Sin embargo, el síndrome de trastorno por atracón (*binge eating disorder*, BED), todavía no ha recibido un reconocimiento diagnóstico oficial, y en el DSM-IV-TR se sigue considerando que constituye un síndrome que requiere una definición más detallada (2).

DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR ATRACÓN: CONTROVERSIAS Y ESTRATEGIAS CAMBIANTES DE EVALUACIÓN

En la tabla 1 se muestran los criterios diagnósticos del trastorno por atracón. Con características similares a las de la bulimia nerviosa, la definición de un episodio compulsivo de ingestión de alimentos (atracción) requiere la ingesta de una cantidad excepcional de comida, asociada a la sensación de pérdida de control respecto a dicha ingesta. También, como en la bulimia nerviosa, el criterio de frecuencia indica un atracón dos veces por semana, aunque este criterio no está adecuadamente respaldado por la bibliografía relativa a la bulimia nerviosa y no ha sido validado respecto al trastorno por atracón (3, 4). Los dos trastornos mencionados difieren en el hecho de que los pacientes con trastorno por atracón no realizan de manera regular comportamientos compensadores (es decir, provocación del vómito, abuso de laxantes, ejercicio físico excesivo), aunque el límite preciso entre este trastorno y la bulimia nerviosa de tipo no purgativo está lejos de ser claro. Por otra parte, para que se cumplan los criterios del trastorno por atracón, los episodios de atracón deben cumplir tres de los criterios siguientes: *a*) ingesta de comida con mayor rapidez que la normal; *b*) ingesta de comida en momentos en los que el paciente no siente físicamente hambre; *c*) ingesta de comida hasta que el paciente se siente desagradablemente lleno; *d*) ingesta de comida en soledad, debido a un sentimiento de vergüenza, y *e*) sentimientos de disgusto con uno mismo, depresión o culpa tras el consumo excesivo de comida (2). Finalmente, el paciente sufre un displacer importante respecto a sus episodios de consumo compulsivo de comida. Aunque algunos de esos criterios proceden de los recogidos en el DSM-III respecto a la bulimia, ninguno de ellos ha sido validado de manera empírica respecto al trastorno por atracón.

Tabla 1. Criterios diagnósticos DSM-IV-TR para el trastorno por atracón

A. Episodios recurrentes de atracón

Un episodio de atracón se caracteriza por las dos características siguientes:

1. Ingesta, en un corto período de tiempo (p. ej., durante un período de 2 horas) de una cantidad de comida que es manifiestamente superior a la que ingeriría la mayoría de las personas durante un período de tiempo similar y en circunstancias también similares
2. Sensación de falta de control sobre la ingesta de comida durante el episodio (p. ej., el paciente tiene la sensación de que no puede dejar de comer y de que no puede controlar lo que come ni su cantidad)

B. Los episodios de atracón se asocian a tres o más de los criterios siguientes:

1. Ingesta de comida con una rapidez mucho mayor que la normal
2. Ingesta de comida hasta que el paciente se siente desagradablemente lleno
3. Ingesta de grandes cantidades de comida sin que el paciente sienta físicamente hambre
4. El paciente come en soledad, debido a que se siente avergonzado por la cantidad de comida que ingiere
5. Sensación de indignación contra sí mismo por parte del paciente, depresión o sentimientos de culpa intensos tras el atracón

C. El paciente sufre un malestar importante en relación con los episodios de atracón

D. Los episodios de atracón tienen lugar, como promedio, al menos 2 días a la semana durante un período de 6 meses

(Nota: El método para determinar la frecuencia difiere del utilizado en el diagnóstico de la bulimia nerviosa; en los estudios de investigación que se realicen en el futuro se debería determinar si el método mejor para establecer un umbral de frecuencia es la cuantificación del número de días en los que tienen lugar los atracones o la cuantificación del número de atracones)

E. El atracón no se asocia a la realización habitual de comportamientos compensatorios inapropiados (p. ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo, etc.) y no tiene lugar exclusivamente en el contexto de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa

Dada la preocupación por la proliferación de categorías en el DSM, los expertos han propuesto una serie de directrices que deberían tenerse en cuenta antes de añadir un síndrome a dicho manual. Blashfield *et al.* (5) propusieron cinco directrices taxonómicas: *a*) debe haber, respecto al síndrome propuesto, un número

suficiente de trabajos empíricos publicados en las revistas especializadas, al menos durante los últimos 10 años; *b*) en la bibliografía se deben haber propuesto criterios diagnósticos explícitos, y es necesario que existan procedimientos de medición para evaluar el síndrome; *c*) se debe haber demostrado, al menos en dos estudios de carácter empírico (realizados por grupos de investigación independientes), una fiabilidad interobservador adecuada; *d*) la categoría propuesta debe ser un síndrome constituido por síntomas que a menudo aparecen simultáneamente, y *e*) se debe haber demostrado, al menos en dos estudios empíricos independientes, que la categoría propuesta se puede diferenciar de otras categorías diagnósticas con las que se podría confundir. A pesar de que se ha llevado a cabo un trabajo considerable acerca del trastorno por atracón, no todas estas directrices han sido contempladas de manera adecuada.

A lo largo de los 10 últimos años se ha incrementado sustancialmente la magnitud de las investigaciones centradas en el trastorno por atracón (6). Para la evaluación de este patrón de conducta alimentaria en el adulto se han desarrollado diversos inventarios de autovaloración, tales como la Binge Eating Scale (BES) (7), el Three Factor Eating Questionnaire (8) y el Body Shape Questionnaire (9), así como varios métodos de entrevista, como la Entrevista clínica estructurada para el diagnóstico de los trastornos recogidos en el DSM (Structured Clinical Interview for the Diagnosis of DSM Disorders, SCID) (10) y la Eating Disorders Examination (EDE) (11). No obstante, todavía se está intentando refinar la definición de atracón y desarrollar criterios diagnósticos válidos y fiables para el trastorno. A menudo los investigadores y los clínicos no consiguen determinar de un modo satisfactorio qué es una *cantidad excepcional de comida* (12). En primer lugar, no pueden diferenciar claramente una ingesta excesiva de comida en episodios de atracón y la ingesta continuada a lo largo del día. Tampoco se ha podido determinar lo que constituye una cantidad realmente grande de comida en situaciones habituales, en situaciones puntuales de tipo festivo, y en determinados períodos (p. ej., durante las vacaciones). Esto ha dificultado la determinación del número real de episodios de atracón experimentados por los pacientes o por los participantes en los estudios de investigación. En segundo lugar, los investigadores y los clínicos (además de los pacientes) no pueden determinar de un modo fiable si durante el episodio de atracón el paciente muestra una pérdida de control (12). Dado que la definición del trastorno establece una estimación subjetiva del propio paciente (sensación de pérdida de control), es difícil cuantificar esta pérdida. Algunas personas pueden señalar la pérdida de control tras el consumo de una pequeña cantidad de alimento (p. ej., una galleta), mientras que otras sólo experimentan la sensación de pérdida de control tras el consumo de una cantidad mucho mayor de comida (p. ej., una caja de cereales). El EDE recoge un método para clasificar los tipos de ingesta excesiva de alimento. Un episodio de atracón objetivo es aquel en el que la cantidad de comida ingerida se puede definir como relativamente grande (a juicio del entrevistador), si el paciente señala que experimenta una sensación de pérdida de control durante dicho episodio. Un episodio de atracón subjetivo es aquel en el que el entrevistador no considera que la cantidad de comida ingerida sea excesiva, pero el paciente señala una sensación de pérdida de control. Por ejemplo, el paciente puede haber tomado una tableta de chocolate de tamaño normal, pero realmente intentaba tomar sólo la mitad de ella. Alternativamente, se puede considerar que los pacientes presentan episodios de ingesta excesiva de alimentos (objetivos o subjetivos) en situaciones en las que no muestran una pérdida de control sobre el alimento que ingieren.

Aunque conceptualizado inicialmente como un trastorno que afectaba principalmente a personas adultas, existe una aceptación cada vez mayor de que el trastorno por atracón también se observa en adolescentes y niños. Este reconocimiento ha llevado al desarrollo de instrumentos de evaluación dirigidos a los pacien-

Tabla 2. Criterios provisionales de investigación para el diagnóstico del trastorno por atracón en los niños (tomado de Marcus y Kalarchian [15])

A. Episodios recurrentes de atracón

Un episodio de atracón se caracteriza por los dos criterios siguientes:

1. Ansia de comida en ausencia de hambre (p. ej., tras una comida completa)
2. Sensación de falta de control sobre la ingesta de comida (p. ej., el paciente señala: «cuando empiezo a comer, no puedo parar»)

B. Los episodios de atracón se asocian a uno o más de los criterios siguientes:

1. Ansia de comida en respuesta a los estados afectivos de carácter negativo (p. ej., tristeza, aburrimiento, inquietud)
2. Ansia de comida como recompensa
3. Ingesta de comida en soledad u ocultación de la comida

C. Los síntomas persisten más allá de un período de 3 meses

D. La ingesta de comida no se asocia a la realización habitual de comportamientos de compensación inapropiados (p. ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo, etc.) y no tiene lugar exclusivamente en el contexto de la anorexia nerviosa o de la bulimia nerviosa

tes de distintas edades. Los instrumentos de evaluación para los niños son el Eating Disorders Examination adapted for children (ChEDE) y el Questionnaire of Eating and Weight Patterns - Adolescent version (14). Los investigadores han postulado el uso de criterios más amplios y flexibles para evaluar el trastorno por atracón en los niños (15-17), y Marcus y Kalarchian (15) han propuesto recientemente una serie de criterios provisionales para diagnosticar este trastorno en los niños (v. tabla 2) en función de una revisión y síntesis de los resultados obtenidos en estudios de investigación previos. Sobre la base de estos criterios, Shapiro *et al.* (18) desarrollaron una escala estructurada breve aplicada por el entrevistador, la Children's Binge Eating Disorder Scale (C-BEDS), para evaluar el trastorno por atracón en los niños de 5 a 13 años de edad. Los resultados demostraron la existencia de una asociación intensa entre los diagnósticos obtenidos con la BEDS y con la SCID. No obstante, desde el punto de vista del desarrollo, la C-BEDS puede ser más apropiada para los niños y puede identificar el trastorno por atracón subsindrómico. Cuando la utilizan los médicos y otros profesionales, este instrumento breve puede facilitar la identificación de las fases tempranas de los comportamientos característicos de los episodios de atracón y evitar las consecuencias asociadas a estos episodios, como el trastorno por atracón del adulto, la obesidad, y diversos cuadros comórbidos.

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR ATRACÓN

Objetivos del tratamiento

El objetivo principal del tratamiento del trastorno es conseguir la abstinencia respecto a los episodios de atracón. En las personas con el trastorno que presentan sobrepeso, el objetivo del tratamiento es doble: la abstinencia respecto a los episodios de atracón y la disminución del peso corporal. Dados los perfiles de comorbilidad, es frecuente que el tratamiento también deba tener en cuenta los cuadros de ansiedad y depresión que se asocian con frecuencia al trastorno por atracón.

La bibliografía relativa al tratamiento de este trastorno cubre una amplia gama de supuestos agentes terapéuticos y modalidades de tratamiento. Las investigaciones empíricas realizadas hasta el momento respaldan determinados medicamentos y diversas intervenciones conductuales, de manera aislada o en combinación. Es menor la evidencia en apoyo de los abordajes terapéuticos de autoayuda y de otro tipo (19, 20).

Abordajes terapéuticos

Farmacoterapia

Hasta el momento, los medicamentos más estudiados en ensayos clínicos comparativos realizados con asignación aleatoria (ECA) son los antidepresivos de segunda generación (21-25), los antidepresivos tricíclicos (26), los anticonvulsivos (27) y la sibutramina (28). No obstante, la mayor parte de los ECA publicados han tenido un alcance limitado y se han realizado en muestras de pacientes relativamente pequeñas (un total inferior a 500 participantes en ocho ECA efectuados sobre la medicación, representados principalmente por mujeres de raza blanca mayores de 18 años de edad).

Entre los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), la fluoxetina y la fluvoxamina han sido los más estudiados hasta el momento. Tras un período de tratamiento de 12 semanas, tanto la fluoxetina (promedio de dosis, 71,3 mg/día) (21) como la fluvoxamina (promedio de dosis, 239 mg/día) (22) se asociaron a una disminución en la frecuencia de episodios de atracón y a un alivio del estado de ánimo depresivo. En una muestra de mayor tamaño (85 pacientes con trastorno por atracón), pero con un período de tratamiento más breve (9 semanas), Hudson *et al.* (24) observaron una reducción significativamente mayor en la frecuencia de episodios de atracón y en el índice de masa corporal (IMC), así como una mejoría más evidente en la gravedad de la enfermedad, en los pacientes tratados con fluvoxamina (50-300 mg/día), en comparación con los que recibieron placebo. Sin embargo, la fluvoxamina no fue superior al placebo en cuanto a las tasas de remisión y a las modificaciones en las puntuaciones de depresión. Además, en este estudio no se utilizó el IMC como criterio de valoración. Por lo tanto, el grupo que recibió fluvoxamina presentó reducciones más rápidas en la frecuencia de los episodios de atracón y en el peso corporal, en comparación con el grupo tratado con placebo, pero estos cambios no dieron lugar a efectos clínicamente significativos en cuanto a la abstinencia respecto a los episodios de atracón y a la disminución del peso corporal.

La sertralina y el citalopram también han dado lugar a algunos resultados prometedores en el tratamiento del trastorno por atracón. En dos ensayos acerca del tratamiento con estos fármacos realizados a lo largo de 6 semanas, McElroy *et al.* evaluaron los efectos de la sertralina (dosis media, 187 mg/día) en comparación con los del placebo (23), y los efectos del citalopram (40-60 mg/día) en comparación con los del placebo (25), respecto a la frecuencia de episodios de atracón, al peso corporal y al estado de ánimo en pacientes con trastorno por atracón. En comparación con el placebo, tanto la sertralina como el citalopram se asociaron a una disminución de los episodios de atracón, a pérdida de peso y a una reducción en las puntuaciones de gravedad de la enfermedad, pero ninguno de estos medicamentos fue claramente superior al placebo respecto a la tasa de remisión. Además, la rápida respuesta inicial frente a los episodios compulsivos de atracón, observada en los participantes tratados con citalopram, no se mantuvo a lo largo del tiempo. El citalopram, pero no la sertralina, se asoció a una mayor disminución en las puntuaciones de depresión, en comparación con el placebo.

Los antidepresivos tricíclicos también han despertado interés para el tratamiento del trastorno por atracón. Laederach-Hoffmann *et al.* (26) evaluaron durante un período de 32 semanas a 31 pacientes con trastorno por atracón y sobrepeso corporal; llevaron a cabo sesiones quincenales de orientación alimentaria convencional y de apoyo psicológico, complementadas con la administración de imipramina (25 mg, tres veces al día) o de placebo. A las 8 y a las 32 semanas, el número de episodios de atracón, el estado de ánimo depresivo y el peso corporal habían disminuido significativamente en el grupo tratado con imipramina. Sin embargo, no se señalaron las tasas de abstinencia respecto a los episodios de atracón.

En el tratamiento del trastorno por atracón también han sido estudiados los medicamentos que suprimen directamente el apetito

o que dan lugar a una disminución del peso corporal como efecto adverso. Entre ellos, el agente anticonvulsivo topiramato, que induce una disminución del peso corporal en algunos pacientes, y la sibutramina, un medicamento comercializado para el tratamiento de la obesidad. En un estudio reciente se administró topiramato (dosis media, 212 mg/día) durante 14 semanas a personas con obesidad y trastorno por atracón que presentaban una puntuación superior a 15 en la Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for Binge Eating (YBOCS-BE) (27). En comparación con el placebo, el topiramato dio lugar a una reducción significativamente mayor en el porcentaje de episodios de atracón, en el número de días de la semana en los que el paciente manifestaba ese comportamiento compulsivo y en la puntuación YBOCS-BE, pero no fue diferente del placebo en cuanto a la disminución del peso corporal, de la gravedad de la enfermedad o de la depresión. Appolinario *et al.* (28) estudiaron los efectos de la administración de sibutramina (15 mg/día) durante 12 semanas a pacientes con trastorno por atracón y con una puntuación BES de al menos 17. En comparación con el grupo que recibió placebo, el grupo tratado con sibutramina mostró disminuciones significativamente mayores en el número de días de la semana en los que el paciente presentó un comportamiento de atracón, en las puntuaciones BES y en las puntuaciones autovaloradas de depresión. En la semana 12, los participantes del grupo con sibutramina habían perdido un promedio de 7,4 kg, mientras que los del grupo con placebo habían aumentado de peso.

En resumen, la farmacoterapia puede ser útil para el tratamiento del trastorno por atracón. Específicamente, algunos antidepresivos de segunda generación, anticonvulsivos y medicamentos para la obesidad han sido asociados a una disminución en la frecuencia de los episodios de atracón y, en algunos casos, han reducido los problemas del estado de ánimo en los pacientes con trastorno por atracón. Sin embargo, en conjunto, los resultados obtenidos en los estudios realizados con fármacos han estado sesgados por la existencia de tasas elevadas de abandono por parte de los participantes y también por la elevada incidencia de respuestas al placebo; por otra parte, estos estudios no han considerado la abstinencia como criterio principal de valoración, y no se han realizado seguimientos a largo plazo tras la intervención. Estas limitaciones dificultan la estimación de la magnitud de la significación clínica de cualquiera de los efectos observados, que han sido atribuidos a la medicación. Son necesarios nuevos estudios para determinar de manera plena la utilidad y las limitaciones de la farmacoterapia en el tratamiento del trastorno por atracón.

Terapia conductual

La terapia cognitivo-conductual ha constituido el abordaje terapéutico conductual evaluado con mayor detalle en los pacientes con trastorno por atracón (29-31). Otros enfoques terapéuticos han sido la terapia conductual dialéctica, los métodos de autoayuda, el ejercicio físico y la terapia de realidad virtual (32-38). En varios estudios se ha evaluado el efecto de la terapia cognitivo-conductual, aplicada de manera aislada o en combinación con diversas medidas de implicación del cónyuge o del terapeuta, o junto a terapia de exposición corporal (*body exposure treatment*) como método complementario. En la mayor parte de los ensayos clínicos sobre la terapia conductual han participado muestras relativamente pequeñas de pacientes con trastorno por atracón, generalmente mujeres mayores de 18 años de edad.

La aplicación de la terapia cognitivo-conductual en el trastorno por atracón se fundamenta en la idea de que los pensamientos equivocados (p. ej., respecto a la imagen corporal) dan lugar a una ingesta inapropiada de alimentos (es decir, cantidades excesivas de comida durante un período breve de tiempo, con sentimientos concomitantes de pérdida de control), y en el concepto de que el aprendizaje para la adaptación o la reestructuración de los pen-

samientos que desencadenan los episodios de atracón puede reducir este tipo de conducta alimentaria. Esta terapia se puede aplicar de manera individual o en grupo, y de manera independiente o en combinación con otros abordajes de psicoterapia.

En varios estudios se ha demostrado que, en los pacientes con trastorno por atracón, la terapia cognitivo-conductual reduce la frecuencia de episodios compulsivos, los aspectos psicológicos relacionados con los episodios de atracón (autodominio, desinhibición y hambre), el estado de ánimo depresivo y las valoraciones de la gravedad de la enfermedad (29-31). La terapia cognitivo-conductual también puede incrementar la probabilidad de abstinencia respecto a los episodios de atracón (31). Sin embargo, esta terapia no parece inducir cambios significativos en el peso corporal. Por otra parte, las estrategias de potenciación terapéutica –como la aplicación de terapia cognitivo-conductual complementada con métodos de implicación del cónyuge en el tratamiento (31) o con terapia de exposición corporal (30)– no han demostrado poseer ventajas claras sobre la aplicación aislada de la terapia cognitivo-conductual. Por lo tanto, tal como se conceptualiza en la actualidad, este tipo de terapia puede ser eficaz para ayudar a los pacientes a mejorar su sensación de control sobre la consumación de atracones, pero no para reducir la preocupación de los pacientes por su peso corporal.

La terapia conductual dialéctica estimula el desarrollo de habilidades en los dominios de la concienciación, la regulación de las emociones, la afectividad interpersonal y la tolerancia a las dificultades. En un estudio se propuso que los fundamentos de este tipo de terapia pueden ser útiles para el tratamiento del trastorno por atracón. Telch *et al.* (32) evaluaron, en 44 mujeres con este diagnóstico (según los criterios del DSM-IV), la aplicación de terapia conductual dialéctica durante 20 semanas, en comparación con un grupo de comparación constituido por mujeres que permanecieron en lista de espera. La terapia conductual dialéctica dio lugar a una reducción mayor en el número de días con episodios de atracón y en el número de estos episodios, así como también a una reducción en la preocupación por el peso corporal, la silueta corporal y la comida. Sin embargo, los dos grupos evaluados no presentaron diferencias en cuanto a la disminución del peso corporal ni en cuanto a la modificación de la depresión o de la ansiedad.

En varios estudios se ha evaluado el efecto de las estrategias de autoayuda sobre el trastorno por atracón. Las intervenciones se han realizado en diversos formatos, incluyendo la participación o la ausencia de participación de un terapeuta, la aplicación o la ausencia de aplicación de una estructura básica, etc. Carter y Fairburn compararon el método de autoayuda mediante la lectura de un libro (33) con la permanencia en la lista de espera (como control), en un grupo de 72 mujeres con trastorno por atracón y episodios semanales (34). La técnica de autoayuda (con terapeuta o sin ésta) dio lugar a una reducción mayor en el número medio de días en los que los participantes presentaron episodios de atracón, así como una mayor reducción de la gravedad clínica; además, mejoró las tasas de abstinencia e interrupción de los episodios de atracón y las puntuaciones EDE. Sin embargo, la autoayuda no dio lugar a una disminución significativa del peso corporal en ninguno de los grupos. La participación de un terapeuta no introdujo ningún efecto apreciable, en comparación con la autoayuda aplicada sin terapeuta. De la misma manera, Peterson *et al.* (35, 36) observaron que, con independencia del grado de participación de un terapeuta, la autoayuda fue beneficiosa en términos de reducción de la conducta alimentaria compulsiva, la mejora de las actitudes hacia la comida y el incremento de las tasas de abstinencia, pero no en cuanto a la disminución de las puntuaciones de depresión o del IMC.

Hay otros enfoques terapéuticos «alternativos», como el ejercicio físico (37, 38) y la terapia de realidad virtual (39), cuya evaluación para el tratamiento del trastorno por atracón está en sus etapas iniciales, por lo cual en la actualidad los datos existentes acerca de ellos son insuficientes para que sea posible efectuar recomendaciones.

En resumen, las terapias conductuales parecen prometedoras para el tratamiento del trastorno por atracón. La terapia cognitivo-conductual, la terapia conductual dialéctica y los enfoques de autoayuda se asocian a una disminución de la conducta alimentaria de tipo compulsivo o atracón, pero la significación clínica de estos hallazgos es incierta en ausencia de datos acerca de la abstinencia durante el tratamiento activo y a largo plazo. Además, en los estudios que se han efectuado hasta el momento, estas terapias conductuales no han dado lugar a una disminución importante del peso corporal, lo que constituye un elemento crítico para el significativo número de pacientes con trastorno por atracón que presentan sobrepeso. De manera algo paradójica, hay algunos datos que indican que la tasa de abandono del estudio por parte de los participantes de los grupos de intervención mediante autoayuda puede estar relacionada inversamente con el grado de participación de un terapeuta profesional. Son necesarios nuevos estudios para aclarar estas observaciones.

Combinación de la farmacoterapia y la terapia conductual

En varios estudios se ha evaluado la posible utilidad, en el tratamiento del trastorno por atracón, de la combinación de los medicamentos con la terapia conductual, en comparación con la aplicación de cualquiera de estos tratamientos de manera aislada.

En su ensayo clínico de 16 semanas de duración, Grilo *et al.* (40) compararon el suministro de placebo con la administración de fluoxetina (60 mg/día) aislada o en combinación con terapia cognitivo-conductual. La combinación de terapia cognitivo-conductual y fluoxetina (así como la aplicación aislada de dicha terapia cognitivo-conductual) fue superior a la administración aislada de fluoxetina y a la administración de placebo, en cuanto a la tasa de remisión y a la disminución de la frecuencia de los episodios de atracón, a la preocupación de los participantes por la comida y por la silueta corporal, a la desinhibición y a la depresión. Sin embargo, la disminución del peso corporal no presentó diferencias significativas entre los distintos grupos.

Agras *et al.* (41) evaluaron los efectos de la terapia tradicional de disminución del peso corporal, en comparación con la terapia cognitivo-conductual complementada con la terapia de disminución del peso corporal y en comparación también con la combinación de terapia cognitiva-conductual complementada con terapia de disminución del peso corporal y con desipramina (300 mg/día). Al cabo de 12 semanas, el comportamiento compulsivo de atracón se redujo significativamente en los dos grupos de terapia cognitivo-conductual; sin embargo, este efecto no se mantenía a las 36 semanas de tratamiento. La reducción media del peso corporal fue mayor en el grupo de terapia de disminución del peso corporal durante las primeras fases del tratamiento, pero con el paso del tiempo (es decir, a los 3 meses de seguimiento) los participantes que mostraron una reducción mayor del peso corporal fueron los del grupo de desipramina. Este fármaco no dio lugar a una ventaja clara cuanto a la disminución de los síntomas de depresión.

Grilo *et al.* (42) investigaron el efecto de la aplicación de la terapia cognitivo-conductual aisladamente y en combinación con el orlistat, un inhibidor de la lipasa (120 mg, tres veces al día), en 50 pacientes con obesidad y trastorno por atracón. La combinación de terapia cognitivo-conductual y orlistat se asoció a una mayor disminución inicial del peso corporal y a una tasa de remisión también mayor a las 12 semanas de tratamiento. Sin embargo, estos efectos beneficiosos potenciales no se acompañaron de ninguna mejoría en los parámetros relacionados con la ingestión de comida o con la depresión; además, los efectos mencionados no se mantenían a los 2 meses de seguimiento.

En conjunto, los resultados obtenidos en estos estudios indican que, en las fases iniciales del tratamiento del trastorno por atracón, la combinación de terapia cognitivo-conductual con cier-

tos medicamentos puede dar lugar a un efecto beneficioso adicional, en comparación con la terapia cognitivo-conductual sola o con la terapia farmacológica sola. Sin embargo, no parece tan evidente el efecto beneficioso a largo plazo de estos enfoques terapéuticos combinados.

Riesgos del tratamiento y factores que contribuyen a la eficacia terapéutica

En la bibliografía correspondiente al tratamiento del trastorno por atracón, los riesgos señalados con mayor frecuencia han sido los asociados a los efectos adversos de los antidepresivos de segunda generación, tales como sedación, sequedad de boca, cefalea y disfunción sexual/disminución de la libido (43). Por ejemplo, en los estudios revisados en este artículo, el insomnio fue más pronunciado en los pacientes tratados con fluvoxamina o sertralina, y el estreñimiento fue más intenso en los pacientes tratados con sibutramina o imipramina, en todos los casos, en comparación con el placebo. También se observaron otros efectos adversos, como náuseas, sudación profusa y fatiga, sequedad de boca, visión borrosa y molestias gastrointestinales. De manera destacada, el 24% de los pacientes tratados con desipramina y el 20% de los tratados con topiramato abandonaron el estudio debido a los efectos adversos medicamentosos. Los riesgos asociados a la psicoterapia no han sido tan frecuentes y han consistido en potenciación de las alteraciones del estado de ánimo tras la interrupción del tratamiento activo, de manera que es necesario vigilar estos riesgos y prestarles la atención apropiada.

No se han definido con precisión los factores específicos que contribuyen a la eficacia del tratamiento del trastorno por atracón. Los limitados datos existentes indican que la abstinencia temprana respecto a los comportamientos de atracón se asocia a una disminución del peso corporal significativamente mayor (41), así como que la mayor autoestima inicial puede explicar el pequeño (aunque significativo) porcentaje de la varianza en la evolución (33). En la bibliografía de investigación también hay deficiencias en cuanto a la evaluación de la eficacia terapéutica en los distintos subgrupos poblacionales. En general, los varones, las minorías raciales y los niños han sido poco estudiados. Los resultados iniciales deben ser validados mediante nuevas investigaciones, y es necesario evaluar muestras de mayor tamaño y de mayor diversidad cultural para obtener conocimientos más precisos de los factores diferenciales individuales que influyen en la evolución del trastorno por atracón.

Abandono del tratamiento y respuesta al placebo

La comprensión cabal de las opciones terapéuticas para el tratamiento del trastorno por atracón está limitada por varios problemas metodológicos que se han planteado de manera constante en la bibliografía de investigación: las tasas de abandono del tratamiento y de respuesta al placebo, que a menudo son elevadas y que se distribuyen de manera heterogénea en los distintos grupos de tratamiento; la falta de evaluación de las tasas de abstinencia, y la inexistencia de datos de seguimiento a largo plazo. Entre los ensayos clínicos con farmacoterapia revisados en este artículo, las tasas de abandono del tratamiento oscilaron entre el 7% (con imipramina) y el 57% (con fluoxetina); las tasas de abandono del tratamiento con citalopram (16%), fluvoxamina (20%), sibutramina (23%), orlistat (24%), sertralina (28%) y topiramato (47%) fueron intermedias. Las tasas de respuesta al placebo también presentaron grandes variaciones (6% a 39%). En los ensayos clínicos sobre la psicoterapia, la tasa de abandono del tratamiento también fue importante y muy variable, además de que no siempre fue congruente con los supuestos efectos de la manipulación terapéutica (es decir, con la participación de un te-

rapeuta). En los distintos estudios, las tasas de abandono de la terapia cognitivo-conductual (14 a 34% en los estudios revisados), de la terapia conductual dialéctica (18%) y de las técnicas de autoayuda (0 a 27%) fueron similares o ligeramente inferiores a las correspondientes a ciertos tratamientos farmacológicos, especialmente con fluoxetina, lo que sugiere una buena aceptación de estos tratamientos por la mayor parte de los pacientes. La evidencia de que los tratamientos combinados son más o menos aceptables y tolerables por parte de los pacientes es mixta, incluyendo la menor tasa de abandono del tratamiento en los pacientes tratados con la combinación de terapia de disminución del peso corporal y terapia cognitivo-conductual, en comparación con los tratados únicamente con terapia de disminución del peso corporal (41), junto a la existencia de una tasa de abandono similar en los pacientes tratados con la combinación de fluoxetina y terapia cognitivo-conductual, en comparación con los tratados únicamente con fluoxetina (40). En última instancia, en la mayoría de los ensayos clínicos publicados en relación con el tratamiento no se ha realizado el seguimiento de los participantes durante períodos amplios, tras la finalización del tratamiento agudo, de manera que no existe certeza acerca de la utilidad de estas intervenciones terapéuticas en el control a largo plazo del trastorno por atracón.

CONCLUSIONES

Hay varias cuestiones relativas al diagnóstico y el tratamiento del trastorno por atracón que siguen abiertas a la investigación. Las controversias respecto al diagnóstico incluyen la ausencia de criterios validados de manera empírica, la inexistencia de una definición operacional universalmente reconocida de lo que constituye un «episodio de atracón», y la falta de instrumentos de evaluación ajustados a la edad para su uso en los niños y los adolescentes con este trastorno.

En los ensayos clínicos controlados con placebo y a corto plazo en los que los participantes recibieron únicamente medicamentos se obtuvo una evidencia limitada de que los ISRS pueden ser útiles para reducir los síntomas de la conducta alimentaria, psiquiátricos y de incremento del peso corporal en los pacientes con trastorno por atracón. Sin embargo, esta evidencia debe ser contemplada como provisional, debido a que procede de una serie de estudios muy limitados a consecuencia de las elevadas tasas de abandono del tratamiento por parte de los participantes y de la gran incidencia de respuestas al placebo. Los fármacos distintos de los ISRS, como sibutramina y topiramato, también pueden ser útiles para la disminución del peso corporal en los pacientes con trastorno por atracón, pero para poder establecer conclusiones definitivas acerca de su utilidad clínica a largo plazo es necesario precisar con más detalle las relaciones con la abstinencia y la remisión. De la misma manera, también son necesarios nuevos estudios para confirmar el potencial terapéutico de la imipramina en dosis bajas para potenciar las estrategias tradicionales de disminución del peso corporal y de psicoterapia.

Con respecto a las intervenciones conductuales, la terapia cognitivo-conductual es eficaz para reducir la frecuencia de los comportamientos de atracón (tanto en cuanto al número de días en los que los pacientes muestran un episodio de atracón como en cuanto al número total de episodios) y para mejorar las características psicológicas del trastorno, tales como la concienciación, el hambre y la desinhibición. En particular, el efecto de la terapia cognitivo-conductual sobre la frecuencia de episodios compulsivos aparentemente da lugar a tasas mayores de abstinencia continuada (hasta 4 meses después del tratamiento). No está clara la validez de la terapia cognitivo-conductual para reducir los síntomas de depresión en esta población de pacientes. De la misma forma, son necesarios también estudios adicionales para confirmar que mediante la terapia cognitivo-conductual puede lograrse la disminución de los atracones, de los síntomas relacionados con la conducta alimen-

taria y de los estados de ánimo negativos. Los enfoques terapéuticos de autoayuda pueden constituir alternativas viables, debido a que se ha demostrado que son eficaces para la disminución tanto de los atracones como de las características psicológicas asociadas al trastorno. La abstinencia de episodios de atracón puede depender de las expectativas que colocan los pacientes en el tratamiento, con respecto a la disminución del peso corporal y a la mejora del estado de ánimo; el médico debe estar atento a estas limitaciones del tratamiento, transmitir las a través de la educación del paciente y controlar su impacto sobre el grado de cumplimiento del tratamiento a largo plazo. Aunque las estrategias conductuales que no están centradas en el peso corporal pueden no dar lugar a una reducción significativa de éste, si se pueden asociar a un menor aumento de peso a lo largo del tiempo en los pacientes con trastorno por atracón. La importancia del mantenimiento del peso corporal, en comparación con su disminución o su aumento, con respecto al grado de cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes y a las tasas de remisión, justifica un estudio más detallado de esta cuestión. Finalmente, hasta el momento la mayor parte de los estudios realizados sobre enfoques terapéuticos conductuales ha presentado una elevada tasa de abandono por parte de los participantes, por lo que aún son limitados los conocimientos acerca del efecto de la terapia cognitivo-conductual y de otras terapias conductuales en el tratamiento del trastorno por atracón. Entre las cuestiones específicas que aún no han sido abordadas puede mencionarse la posibilidad de que –como efecto del tratamiento– el paciente distribuya en varias comidas (sin las características del atracón) las mismas calorías consumidas previamente en forma de episodios de atracón, lo que podría contribuir a la ausencia de modificaciones del peso corporal en los pacientes tratados con terapia cognitivo-conductual. También debe investigarse si el tratamiento modifica la forma en que los pacientes consiguen que una ingesta de alimentos constituye o no un atracón.

Aún persisten cuestiones sin resolver con respecto al efecto beneficioso añadido de la combinación de los enfoques terapéuticos farmacológico y psicoterapéutico (es decir, medicación más terapia cognitivo-conductual), que mejoran tanto la conducta alimentaria de atracón como la evolución del peso corporal. Específicamente, son necesarios estudios adicionales para determinar qué medicamentos deben ser administrados, en qué circunstancias y a qué pacientes, para conseguir y mantener una disminución óptima del peso corporal. Dado que los medicamentos que disminuyen el peso corporal generalmente sólo ejercen sus efectos durante la fase de tratamiento activo (44), existen dudas acerca de la duración de la farmacoterapia y de su relación con la remisión de los síntomas conductuales y psicológicos, así como acerca de la evolución del peso corporal a largo plazo. Además, son necesarios nuevos estudios para conocer con mayor detalle los factores que actúan como desencadenantes de los episodios de atracón (p. ej., el ansia de comida, los estados de ánimo) (45).

Para lograr el avance de los conocimientos acerca del tratamiento del trastorno por atracón es necesario el desarrollo de nuevos métodos que potencien la motivación de los participantes y su permanencia en los ensayos clínicos, así como la definición de estrategias óptimas para mantener los buenos resultados obtenidos con el tratamiento. También se deben refinar y estandarizar los métodos de cuantificación a través de los cuales se evalúan los resultados de los tratamientos, con el objeto de considerar la abstinencia de los episodios de atracón (y no simplemente la disminución de la frecuencia de dichos episodios) como el principal criterio de valoración. Por otra parte, la abstinencia debe ser evaluada con independencia del peso corporal, aunque no hay que dejar de lado la disminución del peso corporal como un elemento moderador significativo del cumplimiento del tratamiento a largo plazo y de la satisfacción del paciente con el tratamiento. También es muy necesario efectuar estudios sobre la prevención de la recidiva del trastorno por atracón. Por otra parte, los estudios futuros deben do-

documentar y controlar cuidadosamente la respuesta al placebo, que ha demostrado ser importante (aunque posiblemente de manera transitoria) en este trastorno (22, 46, 47). Los avances en los pacientes con trastorno por atracón resistente al tratamiento posiblemente se apoyen en los hallazgos de los recientes ensayos clínicos sobre el tratamiento de la depresión, en cuanto a los posibles efectos beneficiosos de la complementación con medicamentos y de la administración secuencial de fármacos (48), así como en los hallazgos de los estudios, actualmente en curso o futuros, en pacientes que no responden a la terapia cognitivo-conductual. Finalmente, también es necesario realizar estudios adicionales acerca de la terapia conductual dialéctica (p. ej., estudios que puedan determinar los aspectos de esta terapia que pueden aplicarse mejor a las complejas características emocionales y conductuales de los pacientes con trastorno por atracón).

Son necesarios proyectos de investigación acerca de medicamentos y terapias conductuales innovadores, en los que se exploren nuevas modalidades terapéuticas para reducir las propiedades de refuerzo subjetivo del comportamiento compulsivo respecto a la comida. Para ello será necesario utilizar las nuevas tecnologías de la información (tales como el correo electrónico, Internet, los dispositivos digitales personales [*personal digital assistants*, PDA], los mensajes de texto y otros avances tecnológicos), que se pueden utilizar para potenciar los tratamientos, especialmente en los pacientes que experimentan sentimientos de vergüenza, negación y deficiencias interpersonales, así como en los que se enfrentan a limitaciones en sus posibilidades de acceso a la asistencia por parte de especialistas. Recientemente, nuestro grupo (49) ha analizado la viabilidad y la aceptabilidad de la terapia cognitivo-conductual en CD-ROM, en comparación con 10 sesiones semanales de terapia cognitivo-conductual de grupo y en comparación con un grupo de comparación (lista de espera), en 66 pacientes con sobrepeso y trastorno por atracón. Los resultados fueron prometedores en cuanto a la tasa de abandono del estudio por parte de los participantes y al uso continuado del CD-ROM tras el tratamiento. Por otra parte, al final del período de espera la mayor parte de los participantes en lista de espera seleccionó la terapia cognitivo-conductual en CD-ROM más que la terapia cognitivo-conductual de grupo. Así, los resultados preliminares indican que el CD-ROM parece ser un método aceptable y –al menos inicialmente– preferible para la aplicación de la terapia cognitivo-conductual a pacientes con trastorno por atracón y obesidad. El uso de la tecnología como método para la aplicación de los tratamientos es cada vez más habitual (50); son necesarios nuevos estudios para eliminar la brecha existente entre las investigaciones clínicas y la aplicación de los tratamientos a los pacientes con trastorno por atracón.

En resumen, los pacientes que sufren un trastorno por atracón pueden mejorar con la farmacoterapia, la psicoterapia, o ambas. Son necesarios nuevos datos para determinar el mejor método para conseguir la abstinencia respecto a los episodios de atracón y una disminución sostenida del peso corporal. Cuando se obtengan esos datos, y se aclaren las fisuras conceptuales señaladas, se optimizará el conocimiento acerca del trastorno por atracón y del lugar que ocupa este trastorno en el amplio contexto de la epidemia actual de obesidad (51, 52).

World Psychiatry 2007; 6:142-148

Bibliografía

1. Stunkard AJ. Eating patterns and obesity. *Psychiatr Q* 1959;33: 284-95.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., text revision (DSM-IV-TR). Washington: American Psychiatric Association, 2000.
3. Garfinkel P, Lin E, Goering P et al. Bulimia nervosa in a Canadi-

- an community sample: prevalence and comparison of subgroups. *Am J Psychiatry* 1995;152:1052-8.
4. Sullivan PF, Bulik CM, Kendler KS. The epidemiology and classification of bulimia nervosa. *Psychol Med* 1998;28:599-610.
 5. Blashfield RK, Sprock J, Fuller AK. Suggested guidelines for including or excluding categories in the DSM-IV. *Compr Psychiatry* 1990;31:15-9.
 6. Walsh BT. The current status of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2003;34:S1.
 7. Gormally J, Black S, Daston S et al. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav* 1982;7:47-55.
 8. Stunkard AJ, Messick S. The Three Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition, and hunger. *J Psychosom Res* 1985;29:71-81.
 9. Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z et al. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Int J Eat Disord* 1987; 6:485-94.
 10. First M, Spitzer R, Gibbon M et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 1997.
 11. Fairburn CG, Cooper Z. The Eating Disorder Examination (12th ed.). In: Fairburn CG, Wilson GT (eds). *Binge eating: nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford, 1993:317-60.
 12. Cooper Z, Fairburn CG. Refining the definition of binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2003; 34:S89-S95.
 13. Bryant-Waugh R, Cooper P, Taylor C et al. The use of the Eating Disorder Examination with children: a pilot study. *Int J Eat Disord* 1996;19:391-7.
 14. Johnson W, Grieve F, Adams C et al. Measuring binge eating in adolescents: Adolescent and Parent version of the Questionnaire of Eating and Weight Patterns. *Int J Eat Disord* 1999;26:301-14.
 15. Marcus MD, Kalarchian MA. Binge eating in children and adolescents. *Int J Eat Disord* 2003;34(Suppl.):S47-S57.
 16. Nicholls D, Chater R, Lask B. Children into DSM don't go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *Int J Eat Disord* 2000;28:317-24.
 17. Decaluwe V, Braet C, Fairburn CG. Binge eating in obese children and adolescents. *Int J Eat Disord* 2003;33:78-84.
 18. Shapiro JR, Woolson W, Hamer RM et al. Evaluating binge eating in children: development of the Children's Binge Eating Scale (C-BEDS). *Int J Eat Disord* 2007;40:82-9.
 19. RIT-UNC Evidence-Based Practice Center. *Management of eating disorders*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2006.
 20. Brownley KA, Berkman ND, Sedway JA et al. Binge eating disorder treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord* 2007;40:337-48.
 21. Arnold LM, McElroy SL, Hudson JI et al. A placebo-controlled, randomized trial of fluoxetine in the treatment of binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry* 2002;63:1028-33.
 22. Pearlstein T, Spurrell E, Hohlstein LA et al. A double-blind, placebo-controlled trial of fluvoxamine in binge eating disorder: a high placebo response. *Arch Women Ment Health* 2003;6:147-51.
 23. McElroy SL, Casuto LS, Nelson EB et al. Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of binge eating disorder. *Am J Psychiatry* 2000;157:1004-6.
 24. Hudson JI, McElroy SL, Raymond NC et al. Fluvoxamine in the treatment of binge-eating disorder: a multicenter placebo-controlled, double-blind trial. *Am J Psychiatry* 1998;155:1756-62.
 25. McElroy SL, Hudson JI, Malhotra S et al. Citalopram in the treatment of binge-eating disorder: a placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2003;64:807-13.
 26. Laederach-Hofmann K, Graf C, Horber F et al. Imipramine and diet counseling with psychological support in the treatment of obese binge eaters: a randomized, placebo-controlled double-blind study. *Int J Eat Disord* 1999;26:231-44.
 27. McElroy SL, Arnold LM, Shapira NA et al. Topiramate in the treatment of binge eating disorder associated with obesity: a randomized, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 2003;160:255-61.
 28. Appolinario JC, Bacaltchuk J, Sichieri R et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of sibutramine in the treatment of binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:1109-16.
 29. Wilfley DE, Welch RR, Stein RI et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:713-21.
 30. Hilbert A, Tuschen-Caffier B. Body image interventions in cognitive-behavioural therapy of binge-eating disorder: a component analysis. *Behav Res Ther* 2004;42:1325-39.
 31. Gorin A, Le Grange D, Stone A. Effectiveness of spouse involvement in cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2003;33:421-33.
 32. Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:1061-5.
 33. Fairburn CG. *Overcoming binge eating*. New York: Guilford, 1995.
 34. Carter JC, Fairburn CG. Cognitive-behavioral self-help for binge eating disorder: a controlled effectiveness study. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:616-23.
 35. Peterson CB, Mitchell JE, Engbloom S et al. Group cognitive-behavioral treatment of binge eating disorder: a comparison of therapist-led versus self-help formats. *Int J Eat Disord* 1998;24:125-36.
 36. Peterson CB, Mitchell JE, Engbloom S et al. Self-help versus therapist-led group cognitive-behavioral treatment of binge eating disorder at follow-up. *Int J Eat Disord* 2001;30:363-74.
 37. Levine MD, Marcus MD, Moulton P. Exercise in the treatment of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 1996;19:171-7.
 38. Pendleton VR, Goodrick GK, Poston WS et al. Exercise augments the effects of cognitive-behavioral therapy in the treatment of binge eating. *Int J Eat Disord* 2002;31:172-84.
 39. Riva G, Bacchetta M, Baruffi M et al. Virtual-reality-based multi-dimensional therapy for the treatment of body image disturbances in binge eating disorders: a preliminary controlled study. *IEEE Trans Inf Technol Biomed* 2002;6:224-34.
 40. Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT. Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: a randomized double-blind placebo-controlled comparison. *Biol Psychiatry* 2005;57:301-9.
 41. Agras WS, Telch CF, Arnow B et al. Weight loss, cognitive-behavioral, and desipramine treatments in binge eating disorder: an additive design. *Behav Ther* 1994;25:225-38.
 42. Grilo CM, Masheb RM, Salant SL. Cognitive behavioral therapy guided self-help and orlistat for the treatment of binge eating disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Biol Psychiatry* 2005;57:1193-201.
 43. Gartlehner G, Hansen RA, Kahwati L et al. Drug class review on second generation antidepressants: final report. Chapel Hill: Agency for Healthcare Research and Quality, 2006.
 44. Yanovski SZ, Yanovski JA. Obesity. *N Engl J Med* 2002;346:591-602.
 45. Stein RI, Kenardy J, Wiseman CV et al. What's driving the binge in binge eating disorder? A prospective evaluation of precursors and consequences. *Int J Eat Disord* (in press).
 46. Jacobs-Pilipski MJ, Wilfley DE, Crow SJ et al. Placebo response in binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2007;40:204-11.
 47. Carter WP, Hudson JI, Lalonde JK et al. Pharmacologic treatment of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2003;34:S74-S88.
 48. Trivedi MH, Fava M, Wisniewski SR et al. Medication augmentation after the failure of SSRIs for depression. *N Engl J Med* 2006; 354:1243-52.
 49. Shapiro JR, Reba-Harrelson L, Dymek-Valentine M et al. Feasibility and acceptability of CD-ROM-based cognitive-behavioural treatment for binge eating disorder. *Eur Eat Disord Rev* 2007;15: 175-84.
 50. Tate DF, Zabinski MF. Computer and internet applications for psychological treatment: update for clinicians. *J Clin Psychol* 2004; 60:209-20.
 51. Mokdad AH, Bowman BA, Ford ES et al. The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States. *JAMA* 2001; 286:1195-200.
 52. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL et al. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *JAMA* 2002;288:1723-7.

El concepto de trastorno mental: implicaciones diagnósticas del análisis de la disfunción perjudicial

JEROME C. WAKEFIELD

School of Social Work, New York University, 1 Washington Square North, New York, NY 10003, USA

¿Qué queremos decir cuando señalamos que un estado mental es un trastorno médico, más que una forma normal de sufrimiento humano o un problema de la vida? La situación de la Psiquiatría como disciplina médica depende de una respuesta convincente a esta pregunta. Las respuestas oscilan generalmente entre los juicios de valor que consideran que «trastorno» es un concepto sociopolítico, utilizado por motivos de control social, y las valoraciones científicas que consideran que es un concepto estrictamente fáctico. He propuesto una valoración híbrida, el análisis de la disfunción perjudicial, que incorpora componentes valorativos y científicos como elementos esenciales del concepto médico de trastorno y puede aplicarse tanto a las enfermedades físicas como a las enfermedades mentales. En función de este análisis, un estado puede ser considerado un trastorno cuando es valorado negativamente («perjudicial») y se debe de hecho a la insuficiencia de algún mecanismo interno en la realización de una función para la que ha sido biológicamente programado (es decir, seleccionado de forma natural). En este artículo se evalúan las implicaciones del análisis de la disfunción perjudicial con respecto a la validez de los criterios diagnósticos basados en síntomas y con respecto a las dificultades del uso transcultural de los criterios diagnósticos, realizando una comparación de la aplicación de los criterios diagnósticos del DSM en EE.UU. y en Taiwán.

Palabras clave: psicopatología, diagnóstico, nosología, Filosofía de la Psiquiatría, trastorno mental, disfunción perjudicial, diagnóstico transcultural, validez de los criterios diagnósticos, diagnóstico positivo falso

El concepto de trastorno mental es uno de los fundamentos de la Psiquiatría como especialidad médica, constituye el núcleo de las discusiones eruditas y públicas acerca de qué estados mentales deberían ser clasificados como patológicos y cuáles como situaciones de sufrimiento normal o problemas de la vida, y tiene importantes implicaciones para el diagnóstico psiquiátrico y para las investigaciones y las políticas de salud mental. Aunque tanto los estados normales como los de enfermedad pueden requerir tratamiento, y a pesar de que la Psiquiatría desempeña posiblemente otras funciones además del tratamiento de los trastornos, existe una preocupación generalizada por la posibilidad de que el diagnóstico falso de un trastorno puede causar sesgos en el pronóstico y en la selección del tratamiento, crear estigma e incluso interferir con el proceso normal de curación. Sin embargo, no existe consenso acerca del significado del término «trastorno mental». Las próximas revisiones del DSM-IV y de la CIE-10 ofrecen una oportunidad para afrontar estas cuestiones conceptuales y para mejorar la validez del diagnóstico psiquiátrico.

Personalmente, he abordado este problema mediante un análisis conceptual basado en la pregunta siguiente: ¿qué queremos decir cuando señalamos que un estado mental problemático, tal como el comportamiento antisocial del adolescente, el comportamiento desafiante de un niño hacia uno de sus progenitores, la tristeza profunda, la preocupación intensa, la timidez grave, la incapacidad para aprender a leer o el abuso de sustancias, no es simplemente una forma (si bien indeseable y dolorosa) del funcionamiento humano normal, sino

señales de la existencia de un trastorno psiquiátrico? La credibilidad e incluso la coherencia de la Psiquiatría como disciplina médica dependen del ofrecimiento de una respuesta convincente a esta pregunta, una respuesta que requiere esclarecer el concepto de trastorno que generalmente guía este tipo de consideraciones.

Entre los análisis existentes acerca del «trastorno mental» se plantea una división básica entre los enfoques fundamentados en criterios axiológicos y los fundamentados en criterios científicos. Tal como señaló Kendell: «La cuestión más importante, y también la más conflictiva, es determinar si enfermedad y trastorno son conceptos normativos fundamentados en juicios de valor o términos científicos carentes de apreciaciones de valor; en otras palabras, si son conceptos sociopolíticos o biomédicos» (1). En otras publicaciones he propuesto una valoración híbrida, el análisis de la «disfunción perjudicial» (*harmful dysfunction analysis*) para abordar el concepto de trastorno mental (2-8). Según este análisis, un trastorno es una *disfunción perjudicial*; en esta definición, «perjudicial» es un término axiológico referido a los estados considerados negativos por los parámetros socioculturales, y «disfunción» es un término realmente científico que se refiere al fracaso de una función programada biológicamente. En la ciencia moderna, el término «disfunción» está relacionado en última instancia con la biología evolutiva y se refiere al fracaso de un mecanismo interno para llevar a cabo alguna de sus funciones naturales.

En este artículo se explora el considerable poder explicativo del análisis de la disfunción perjudicial para el abordaje de

la distinción entre un trastorno mental y otros estados mentales problemáticos. También se analizan las implicaciones de este análisis para la evaluación de la validez de los criterios diagnósticos del DSM y de la CIE, y las dificultades conceptuales que conlleva la aplicación de criterios diagnósticos a personas de distintas culturas, utilizando para ello el ejemplo la aplicación de los criterios DSM a un país como Taiwán.

¿POR QUÉ LA PSIQUIATRÍA NO PUEDE SOSLAYAR EL CONCEPTO DE TRASTORNO MENTAL?

Los criterios diagnósticos del DSM y de la CIE representan en la actualidad los principales parámetros para decidir qué es normal y qué es patológico en la práctica clínica y en las investigaciones. Sin embargo, estos sistemas clasificatorios no están compuestos, evidentemente, por criterios inamovibles. De hecho, son revisados de manera regular para incrementar su validez para el diagnóstico de los trastornos y para eliminar los diagnósticos positivos falsos; es decir, que implícitamente se reconoce que son posibles los «errores» en los criterios. Por otra parte, tanto los medios de comunicación como sectores críticos hacia las profesiones relacionadas con la salud mental ponen en cuestión la validez de los criterios respecto a su capacidad para reconocer los trastornos mentales. Estas discusiones no parecen del todo arbitrarias, pues a menudo se apela a un concepto subyacente compartido de trastorno. Efectivamente, los profesionales clasifican a menudo los trastornos en la categoría «no

especificado», lo que requiere un juicio acerca de qué constituye y qué no constituye un trastorno, con independencia de los criterios diagnósticos específicos.

Partiendo de la observación habitual de que no existe ninguna prueba de laboratorio ni ningún indicador psicológico «de referencia» para diagnosticar trastornos mentales, así como del hecho ya señalado de que los criterios diagnósticos actuales son falibles, es factible formular la siguiente pregunta: ¿por qué es necesario lidiar con el escurridizo concepto de «trastorno», teniendo en cuenta que hay muchas técnicas empíricas para la identificación de los diferentes trastornos? La realidad es que todas las pruebas habitualmente utilizadas para diferenciar un trastorno de un estado no patológico descansan en suposiciones implícitas acerca del concepto de trastorno; por lo demás, no está claro si estas pruebas pueden diferenciar un trastorno de un estado no patológico, un trastorno de otro trastorno, o un estado no patológico de otro estado no patológico. Las pruebas de validez más habituales, tales como la desviación estadística, los antecedentes familiares o la carga genética, la validez predictiva, la discontinuidad de la distribución de Kendell, la validez analítica de los factores, la validez de construcción (*construct validity*), la concurrencia de síntomas en los síndromes, la respuesta frente a los medicamentos, los criterios de Robins y Guze, el análisis taxométrico de Meehl, y muchas otras, permiten identificar una construcción teórica válida y diferenciar una construcción válida de otra. Sin embargo, cuando se trata de determinar si determinadas construcciones identificadas constituyen o no un trastorno, se superan las capacidades de estas pruebas. Cada una de las pruebas señaladas es satisfecha de manera similar por una gran cantidad de situaciones normales y patológicas. Incluso el concepto ampliamente utilizado en EE.UU. de deficiencia en el ejercicio de una función o rol (*role impairment*) no permite diferenciar, por sí solo, un estado normal de uno patológico (razón por la cual la CIE trata de evitar este concepto), debido a que existen muchos estados normales (desde el sueño y la fatiga hasta los estados de duelo y de terror) que no solamente alteran el desempeño habitual de una función sino que están diseñadas biológicamente para ello. Sólo parece como si estos diferentes tipos de criterios empíricos proporcionarían parámetros adecuados para definir la existencia de un trastorno, debido a que se utilizan en un contexto en el que se considera, implícitamente y como suposición básica, que los trastornos existen, y que –por lo tanto– sólo es necesario diferenciar los distintos trastornos o diferenciar un trastorno de un estado de normalidad. Esta suposi-

ción inicial básica, a su vez, requiere que el concepto de trastorno sea planteado independientemente de la prueba empírica específica. Así, el concepto de trastorno mental no tiene sustituto posible como parámetro final. Ninguno de nuestros enfoques empíricos funciona sin basarse en un determinado concepto de trastorno.

Una razón adicional por la que debe contarse con el concepto de trastorno es la ausencia de una comprensión acabada de las causas de los trastornos mentales (y la consecuente fragmentación teórica de la Psiquiatría), razón por la cual el DSM y la CIE ofrecen criterios teóricamente neutros para el diagnóstico de los trastornos. En una ciencia más desarrollada, una teoría etiológica. (p. ej., el retorno de lo reprimido, las ideas irracionales, el déficit de serotonina) proporcionarían generalmente métodos para diferenciar un estado patológico de uno no patológico. La necesidad de contar por ahora con criterios neutros desde el punto de vista teórico significa que el concepto de trastorno en sí mismo, que en alguna medida es compartido por diversas teorías, es el más adecuado para determinar si un conjunto de criterios diagnósticos teóricamente neutros permite identificar los trastornos, y no los estados normales (es decir, es *conceptualmente válido*) (2). Estos criterios neutros funcionarían siempre y cuando estén en concordancia con un concepto implícito de enfermedad/normalidad compartido por la mayoría de las perspectivas teóricas y que ofrezca una base provisional para la identificación consensuada de los trastornos en los estudios de investigación.

SUPUESTOS EN LOS QUE SE FUNDAMENTA EL ANÁLISIS DE LOS TRASTORNOS MENTALES

El análisis de la disfunción perjudicial parte de dos observaciones. En primer lugar, el concepto de «trastorno» ha formado parte de la Medicina orgánica y se ha aplicado a algunos estados mentales durante milenios; además, es ampliamente comprendido tanto por los profesionales como por las personas ajenas a la Medicina. En segundo lugar, un objetivo central de un análisis del «trastorno mental» es clarificar si la Psiquiatría constituye una auténtica disciplina médica o, como han sostenido los antipsiquiatras y otros sectores críticos, una herramienta para el control social disfrazada de especialidad médica. El enfoque de la definición de «trastorno mental» que parece más pertinente para este objetivo es un análisis conceptual del significado vigente de «trastorno», tal como es generalmente considerado tanto en el ámbito de la Medicina como en el conjunto de la sociedad, intentando determinar si este con-

cepto se puede aplicar, y de qué forma, al campo de la salud mental. La comprobación de que la Psiquiatría es una disciplina médica depende de la existencia de trastornos mentales genuinos, tales como los trastornos orgánicos definidos en la Medicina. Cualquier propuesta para definir el concepto de «trastorno mental» de una forma específica para la Psiquiatría que no concuerde con el concepto genérico de trastorno o enfermedad utilizado por la Medicina fracasaría en la resolución de esta cuestión. Parte de la dificultad que conlleva la resolución de este problema es el que el propio concepto médico de trastorno o enfermedad está sometido también a discusiones continuas. El análisis de la disfunción perjudicial persigue abordar esta cuestión.

Dado que el análisis planteado aquí se refiere en última instancia al concepto general de enfermedad o trastorno aplicado tanto a situaciones o estados mentales y orgánicos, se utilizarán ejemplos de ambos dominios, mental y orgánico para evaluar dicho análisis. El concepto de «mecanismo interno» se utilizará como un término general para designar tanto las estructuras orgánicas y los órganos como las estructuras y los procesos mentales, tales como los mecanismos motivacionales, cognitivos, afectivos y perceptivos. Algunos autores diferencian «trastorno» (*disorder*), «enfermedad» como alteración objetivable (*disease*), y «enfermedad» como experiencia subjetiva del enfermo (*illness*); sin embargo, en este artículo se utiliza «trastorno» (*disorder*) como un término amplio que abarca tanto los daños y traumatismos (*traumatic injuries*) como las enfermedades (*disease/illness*), en el intento de ajustarnos a la concepción global de la patología médica.

Me centraré en analizar qué es lo que determina que una situación o estado mental constituya un trastorno; no abordaré la distinción entre un trastorno mental y un trastorno físico. Para el objetivo de este artículo, los procesos mentales son simplemente los sentimientos, el pensamiento, la percepción, la motivación, el lenguaje y la acción intencionada. No se ha pretendido ninguna implicación cartesiana respecto a alguna categoría ontológica especial de lo mental; considero que lo mental es solamente un conjunto identificado de funciones y procesos.

EL COMPONENTE AXIOLÓGICO EN EL CONCEPTO DE «TRASTORNO»

Tal como sugiere el juicio de valor tradicional, una situación mental constituye un trastorno sólo si es perjudicial en función de los valores sociales y, por lo tanto, al menos hipotéticamente, justifica la asistencia médica. La Medicina en general y la

Psiquiatría en particular son profesiones basadas irrevocablemente en juicios de valor. El concepto de «perjudicial» se contempla en este artículo como una característica amplia, que incluye todas las situaciones negativas.

Los comportamientos clasificatorios profesionales y no profesionales demuestran que el concepto de trastorno mental incluye un componente axiológico. Por ejemplo, la discapacidad para aprender a leer debido a una disfunción del cuerpo calloso (suponiendo que esta teoría de algunas formas de dislexia sea correcta) es una situación perjudicial en las sociedades letradas, pero no en las sociedades que no han desarrollado la lectura, por lo cual ésta no es una habilidad enseñada ni valorada, y en las que –por tanto– la dificultad para la lectura no se considera una enfermedad. La mayoría de las personas presenta lo que los médicos denominan «anomalías benignas», es decir, alteraciones mínimas que son el resultado de errores genéticos o del desarrollo pero que no causan ningún problema significativo y que, por lo tanto, no se consideran enfermedades. Por ejemplo, los angiomas benignos son vasos sanguíneos de calibre pequeño cuyo crecimiento es anómalo y que acaban estableciendo contacto con la piel; sin embargo, debido a que no son perjudiciales, no se consideran trastornos. El requisito de que exista un perjuicio también explica el hecho de que, en términos generales, el albinismo no complicado, la dextrocardia y la fusión de los dedos del pie no se consideran enfermedades, incluso a pesar de que todos estos cuadros se deben a la alteración de la función para la que ha sido diseñado un mecanismo concreto. Las explicaciones puramente científicas de la «enfermedad», incluso las fundamentadas en la función evolutiva, como las elaboradas por Boorse (9-11), son incapaces de abordar este componente axiológico.

En los criterios diagnósticos del DSM y la CIE, el requerimiento de determinados síntomas con significación clínica implica generalmente la existencia de un perjuicio y el hecho de que la situación sea negativamente valorada. Todavía se discute si el concepto de «trastorno mental» es puramente valorativo o contiene un componente fáctico significativo que permite diferenciar un dominio potencial de estados negativos que constituyen trastornos y un dominio de estados de normalidad.

Hay muchos estados mentales negativos que no son trastornos, y muchos de ellos cursan con síntomas clínicamente significativos, puesto que causan malestar o alteraciones en el desempeño funcional (p. ej., las situaciones de duelo). Por lo tanto, la distinción entre enfermedad y normalidad parece depender de algún criterio adicional.

EL COMPONENTE FÁCTICO EN EL CONCEPTO DE «TRASTORNO»

A diferencia de los que sostienen que un trastorno mental es simplemente un estado mental socialmente rechazado (12, 13), el concepto de «trastorno mental» tal como se utiliza habitualmente es sólo una categoría de los diversos estados mentales negativos que pueden afectar a una persona. Es necesario un componente fáctico adicional para diferenciar los trastornos mentales de muchos otros estados mentales negativos que no son considerados trastornos, tales como la ignorancia, la falta de habilidades, la falta de talento, la inteligencia escasa, el analfabetismo, la criminalidad, la mala educación, la simple tontería y la debilidad moral.

En efecto, tanto los profesionales como la gente de la calle son capaces de reconocer, en situaciones o estados mentales negativos muy similares, cuáles constituyen trastornos y cuáles no. Por ejemplo, el analfabetismo no se considera en sí mismo un trastorno, ni siquiera a pesar de que en nuestra sociedad es rechazado y perjudicial, mientras que sí se considera un trastorno una situación similar, la dificultad para aprender a leer a consecuencia de algún problema neurológico interno o de alguna forma de inhibición psicológica. Las inclinaciones masculinas hacia la agresividad y a la infidelidad sexual se consideran aspectos negativos, pero generalmente no se contemplan como trastornos, debido a que son aceptadas como el resultado de un funcionamiento natural; sin embargo, otras situaciones de motivación compulsiva con características similares son consideradas como trastornos. El duelo por una pérdida es considerado como algo normal, mientras que una tristeza intensa no desencadenada por una pérdida real se contempla como un trastorno. El concepto de «trastorno» como juicio de valor no explica estas diferencias entre las situaciones negativas.

Por otra parte, a menudo es necesario adaptar nuestros puntos de vista sobre los trastornos mentales, en función de la evidencia transcultural que no concuerda con nuestros valores. Por ejemplo, la cultura estadounidense no acepta la poligamia, pero al mismo tiempo considera que no se debe a un fracaso del funcionamiento normal; es decir, considera que no constituye un trastorno. Esta apreciación se debe, en gran parte, a diversos datos provenientes de la observación de otras culturas.

Así, la dificultad radica en esclarecer el componente fáctico de un trastorno o enfermedad. Sobre la base de la investigación bibliográfica, denominaré «disfunción» a este componente fáctico. Entonces, ¿qué es una disfunción? Un punto de comienzo obvio es la suposición de que una disfunción

implica una función no cumplida, es decir, el fracaso de algún mecanismo del organismo para llevar a cabo su función. Sin embargo, no todas las acepciones de «función» y «disfunción» son pertinentes. El sentido médicamente prevalente de «disfunción» claramente *no* coincide con el sentido coloquial del término, que hace referencia al hecho de que un individuo no actúa adecuadamente en su rol o función social o en un entorno determinado, tal como se expresa en frases como las siguientes: «Mantengo una relación disfuncional» o «El rechazo a las estructuras jerárquicas de poder es disfuncional en el entorno corporativo de hoy en día». Este tipo de dificultades no tienen por qué representar trastornos individuales. Un trastorno constituye algo distinto a una falla en el cumplimiento de una función de una manera social o personalmente aceptable, precisamente debido a que la disfunción sólo existe cuando algo no funciona bien, de manera que un mecanismo no puede realizar la función natural (es decir, con independencia de las intenciones humanas) que se supone debe llevar a cabo.

Así, presumiblemente, las funciones relevantes son las «funciones naturales», respecto a cuyo concepto hay abundante bibliografía (12-27). Estas funciones se atribuyen con frecuencia a supuestos mecanismos mentales, algunos de los cuales pueden no haber sido aún identificados, y los fallos de dichos mecanismos se denominan disfunciones. Por ejemplo, una función natural del aparato de la percepción es la transmisión de información precisa acerca del entorno inmediato, de manera que las alucinaciones graves indican una disfunción. Algunos mecanismos cognitivos desempeñan la función de capacitar a la persona para un cierto grado de racionalidad, que se expresa a través del razonamiento deductivo, inductivo y significativo, de manera que se produce una disfunción cuando desaparece la capacidad para dicho razonamiento, tal como ocurre en los estados psicóticos graves.

La función de un mecanismo es importante, debido a que –en sí misma– posee un poder explicativo: la existencia y la estructura de un mecanismo se explican en referencia a los efectos de dicho mecanismo. Por ejemplo, el efecto de bombeo de la sangre, producido por el funcionamiento del corazón, también forma parte de la explicación del corazón en sí mismo, puesto que preguntas tales como «¿por qué tenemos corazón?» o «¿por qué existe el corazón?» pueden ser respondidas afirmando «porque el corazón bombea la sangre». El efecto de bombeo de la sangre también interviene en la explicación detallada de la estructura y la actividad del corazón. Hablar de «diseño» y «propósito» en el caso de los mecanismos de origen natural es

sólo una forma metafórica de denominar esta propiedad explicativa específica, por la cual los efectos de un mecanismo explican el mecanismo en sí mismo. Así, la «función natural» se puede analizar de la siguiente manera: *una función natural de un órgano o un mecanismo es un efecto del órgano o del mecanismo que interviene en la explicación de la existencia, la estructura o la actividad del órgano o del mecanismo*. Hay una «disfunción» cuando un mecanismo interno es incapaz de realizar alguna de sus funciones naturales (ésta es sólo una primera aproximación al análisis completo; hay cuestiones adicionales en el análisis de la «función» que no es posible abordar aquí [8, 21, 24]).

El análisis que se acaba de referir se aplica igualmente bien a las funciones naturales de los mecanismos mentales. De la misma manera que los aparatos y los órganos, los mecanismos mentales, como los de tipo cognitivo, lingüístico, perceptivo, afectivo y motivacional, dan lugar a efectos beneficiosos tan maravillosos y dependen de interacciones tan complejas y armoniosas que sus efectos no pueden ser considerados meramente accidentales. Por tanto, las explicaciones funcionales de los mecanismos mentales en ocasiones se basan en los conocimientos acerca de la forma en la que las personas sobreviven y se reproducen. Por ejemplo, una función de los mecanismos lingüísticos es el suministro de la capacidad de comunicación, una función de la respuesta de temor es la evitación del peligro, y una función de la fatiga es conseguir que el individuo descansa y duerma. Estas explicaciones funcionales implican que se considera que existe una disfunción cuando los mecanismos respectivos fallan en la realización de sus funciones, tal como ocurre en la afasia, la fobia y el insomnio, respectivamente.

Así, el concepto de «disfunción» es un concepto científico puramente fáctico. Sin embargo, el descubrimiento de lo que es natural o disfuncional de un modo fáctico (y, por tanto, de lo que es un trastorno) puede ser difícil y, en muchos casos, objeto de controversias científicas, especialmente en cuanto a los mecanismos mentales, respecto los cuales todavía el conocimiento es escaso. Esta falta de conocimientos es, en parte, la razón del elevado grado de confusión y controversia existente respecto a la determinación de las situaciones y estados que constituyen realmente trastornos mentales. Sin embargo, las explicaciones funcionales pueden ser plausibles y útiles aun cuando el conocimiento acerca de la naturaleza real de un mecanismo o incluso de la naturaleza de una función sea escaso. Por ejemplo, se sabe muy poco acerca de los mecanismos subyacentes al sueño y acerca de las funciones del sueño, pero las pruebas circunstanciales indican clara-

mente que el sueño es un fenómeno normal, biológicamente diseñado, y que no es una enfermedad (a pesar del hecho de que nos incapacita durante aproximadamente la tercera parte de nuestras vidas). Pese a la ignorancia acerca de muchas características relacionadas con el sueño, las pruebas circunstanciales permiten diferenciar entre algunas situaciones normales y los trastornos relacionados con el sueño.

Obviamente, es posible cometer errores en estos intentos de explicación; lo que parece no ser accidental puede resultar accidental. Además, las ideas culturales preconcebidas pueden influir fácilmente en los juicios personales acerca de lo que es biológicamente natural. Sin embargo, a menudo dichos juicios son correctos y constituyen una reivindicación fáctica en un momento determinado, que puede ser –posteriormente– desechada por nuevas evidencias. Las hipótesis explicativas funcionales transmiten un conocimiento complejo que no podría ser transmitido de manera tan sencilla y eficaz de ninguna otra manera.

Hoy en día, la teoría evolutiva ofrece la mejor explicación de la manera en la que los efectos de un mecanismo pueden explicar la presencia y la estructura de dicho mecanismo. Brevemente, aquellos mecanismos que produjeron determinados efectos sobre el organismo, los que a su vez contribuyeron al éxito reproductivo del organismo a lo largo de un número suficiente de generaciones, incrementaron así su frecuencia y, por lo tanto, fueron «naturalmente seleccionados», de manera que existen actualmente en el organismo. De esta manera, la explicación de un mecanismo en términos de su función natural puede ser considerada una especie de «rodeo» para referirse a una explicación causal en términos de selección natural. Dado que la selección natural es el único medio conocido a través del cual un efecto puede explicar un mecanismo de aparición natural que lo genera, las explicaciones evolutivas subyacen presumiblemente a todas las atribuciones correctas de las funciones naturales. En consecuencia, el enfoque evolutivo de la función mental (7, 24) es clave para la comprensión de los estados psicopatológicos.

Podría objetarse que lo que está alterado en los trastornos mentales es en ocasiones una función social que no tiene nada que ver con las categorías naturales universales. Por ejemplo, los trastornos de la lectura parecen ser secundarios a fallos en la función social, debido a que no hay nada natural o diseñado respecto a la lectura. Sin embargo, el analfabetismo conlleva un perjuicio del mismo tipo que el trastorno de la lectura, pero no es considerado un trastorno. La incapacidad para leer sólo se considera indicativa de un tras-

torno cuando las circunstancias sugieren que la razón de dicha incapacidad es el fallo de algún mecanismo cerebral o psicológico, de manera que éste no puede realizar su función natural. Los individuos presentan muchas deficiencias en el cumplimiento de sus funciones sociales, y no por ello se considera que sufran algún trastorno, excepto cuando las deficiencias puedan atribuirse al fallo de una función natural.

Al efectuar una revisión de la lista de trastornos recogidos en el DSM, es evidente que en su mayor parte es una enumeración de las diferentes formas de fallo de las características aparentemente diseñadas del funcionamiento mental. De manera muy grosera, los trastornos psicóticos conllevan el fallo de los procesos de razonamiento, de modo tal que no pueden funcionar de la manera diseñada; los trastornos de ansiedad, el fallo de los mecanismos de generación de ansiedad y temor; los trastornos de depresión, el fallo de los mecanismos de regulación de la tristeza y de la respuesta frente a la pérdida; los trastornos de comportamiento perturbador en los niños, el fallo de los procesos de socialización y de los procesos subyacentes a la conciencia y a la cooperación social; los trastornos del sueño, el fallo de los procesos del sueño; las disfunciones sexuales, el fallo de diversos mecanismos implicados en la motivación y la respuesta sexuales; los trastornos de la conducta alimentaria, el fallo de los mecanismos de generación y satisfacción del apetito, etc. Hay unas cuantas contradicciones en el DSM, y los criterios son a menudo demasiado genéricos. Sin embargo, la mayor parte de las categorías está inspirada en trastornos que incluso una persona ajena al mundo de la Medicina podría reconocer correctamente como un fallo en una función normal diseñada.

Al diferenciar el duelo normal de la depresión patológica, el comportamiento delincuente convencional del trastorno del comportamiento, la criminalidad convencional del trastorno de la personalidad antisocial, la infelicidad normal del trastorno de adaptación, y el analfabetismo del trastorno de lectura, se utiliza implícitamente el criterio de «fallo de la función diseñada». Todas estas situaciones, normales y patológicas, son rechazadas como situaciones perjudiciales, y los efectos de las situaciones normales y patológicas pueden ser muy similares desde el punto de vista conductual, a pesar de que unas se consideran normales y las otras, patológicas. El criterio de la función natural explica estas diferencias. Es necesario insistir en el hecho de que incluso las situaciones biológicas que son perjudiciales en el contexto actual no se consideran enfermedades si se contemplan como características natural-

mente diseñadas. Por ejemplo, la preferencia del gusto por las grasas no se considera una enfermedad, a pesar de que la sobrealimentación de alimentos en nuestra época realmente puede matar a la gente; la razón es que esta preferencia es aceptada como una característica naturalmente diseñada que ayudaba a conseguir las calorías necesarias en un entorno de escasez de alimentos. La agresividad masculina superior al término medio no es considerada una enfermedad, a pesar de que en la sociedad actual es posiblemente perjudicial; la razón es que se acepta que es la forma de diseño de lo masculino (por supuesto, hay trastornos de agresividad; en éste como en los casos anteriores, los individuos pueden presentar respuestas patológicas a partir de las características diseñadas).

En resumen, un trastorno mental es una disfunción mental perjudicial. Si el análisis de la disfunción perjudicial es correcto, las categorías de trastorno mental propuestas por la sociedad ofrecen dos tipos de información. En primer lugar, indican un juicio de valor que hace que la sociedad considere la situación o estado mental como algo negativo o perjudicial. En segundo lugar, constituyen una declaración fáctica de que el perjuicio se debe a un fallo de la mente para actuar de la manera diseñada; esta declaración o exigencia puede ser correcta o incorrecta, pero –en cualquier caso– revela lo que piensa la sociedad acerca del funcionamiento naturalmente diseñado de la mente humana.

IMPLICACIONES DEL ANÁLISIS DE LA DISFUNCIÓN PERJUDICIAL RESPECTO A LA VALIDEZ DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Una de las desventajas de los puntos de vista exclusivamente sociales o constructivistas del trastorno mental, tal como el de la antipsiquiatría, es que no dejan lugar para el análisis crítico de los criterios diagnósticos actuales, necesario para incrementar su validez. En cambio, a partir de un análisis del concepto mismo de «trastorno», como el explicitado en este artículo, se dispone de una «base» para evaluar si los criterios diagnósticos permiten identificar trastornos. Una diferenciación clave para una evaluación adecuada es determinar si el problema del paciente constituye un trastorno mental o una dificultad de la vida que implica una reacción normal, aunque problemática, frente a condiciones estresantes del entorno. La forma de pensar acerca de un caso puede influir en el tratamiento que se considerará más apropiado, de manera que, por ejemplo, si el profesional piensa que la situación psicológica de un paciente corresponde a un trastorno mental, tenderá a considerar que

esta persona muestra algún problema interno y que el objetivo de la intervención terapéutica debe ser el funcionamiento mental de la persona, más que la relación que mantiene con su entorno. Esta clasificación errónea tiene también otros muchos efectos potencialmente perjudiciales, desde el estigma hasta la confusión de los resultados de las investigaciones acerca de la etiología y el tratamiento, cuando se mezclan personas con situaciones psicológicas que corresponden a trastornos mentales y personas con una situación psicológica normal.

El uso internacional de los criterios como los del DSM, fundamentados en síntomas, para el diagnóstico del trastorno mental plantea dos problemas básicos. El primero es que los criterios basados en síntomas, incluso cuando se utilizan para pacientes de EE.UU., no tienen en cuenta el contexto y, por lo tanto, no son adecuados para identificar las situaciones psicológicas debidas a disfunciones. En consecuencia, los criterios son a menudo demasiado genéricos e incluyen incorrectamente reacciones normales bajo la categoría de «trastorno». A continuación se incluyen tres ejemplos breves correspondientes a un trabajo previo del autor de este artículo (6, 28).

Trastorno depresivo mayor

Los criterios del DSM-IV para el trastorno depresivo mayor contienen una exclusión correspondiente al duelo no complicado (se considera normal presentar síntomas hasta dos meses después de la pérdida de un ser querido), pero no contemplan exclusiones respecto a las reacciones igualmente normales que tienen lugar frente a otras pérdidas importantes, tales como el establecimiento de un diagnóstico médico terminal en uno mismo o en un ser querido, la separación del cónyuge o la pareja, el final de una aventura amorosa intensa, o la pérdida del trabajo y la jubilación. Las reacciones frente a estas pérdidas pueden satisfacer los criterios diagnósticos del DSM-IV, pero no constituyen necesariamente un trastorno. Si la reacción que presenta una persona frente a una pérdida de este tipo consiste, por ejemplo, en un período de dos semanas de estado de ánimo depresivo, disminución del disfrute en las actividades habituales, insomnio, fatiga y disminución en la capacidad de concentración en las tareas laborales, la reacción satisface los criterios del DSM-IV del trastorno depresivo mayor, a pesar de que esta reacción puede no implicar rasgos patológicos, tal como ocurre en las situaciones de duelo. Claramente, el requerimiento esencial de que en un trastorno depresivo existe una disfunción (qui-

zás, una disfunción en la que los mecanismos de respuesta frente a la pérdida no responden proporcionalmente a la pérdida) no queda recogido adecuadamente en los criterios del DSM-IV (29, 30).

Debido a estos defectos, los datos epidemiológicos relativos a la prevalencia de la depresión pueden inducir a confusión, ofreciendo estimaciones potencialmente exageradas de los costes sociales y económicos de este trastorno. Según los resultados obtenidos en estudios epidemiológicos internacionales en los que se han utilizado criterios fundamentados en síntomas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado informes en los que se señala que la depresión se acompaña de costes aparentemente inmensos. Sin embargo, la enormidad de esta carga en relación con otras enfermedades graves, y su consiguiente influencia sobre las distintas prioridades, puede ser debida a la falta de distinción entre los trastornos depresivos y la tristeza normal. Los cálculos de la OMS acerca de la carga representada por las enfermedades son extremadamente complejos, pero están fundamentados en dos componentes básicos: el número de personas que sufren una enfermedad y la discapacidad y el fallecimiento prematuro producidos por dicha enfermedad. El primer componente de la carga, la frecuencia de la enfermedad, se calcula a través de las definiciones fundamentadas en los síntomas, que estiman que el 9,5% de las mujeres y el 5,8% de los varones sufren depresión en un período de un año. El segundo componente de la carga, la discapacidad, se puede clasificar en siete clases de gravedad creciente, en función de la cantidad de tiempo que el paciente vive con una enfermedad, ponderado en función de la gravedad de ésta. Las puntuaciones de gravedad proceden del consenso de los profesionales sanitarios de todo el mundo y se aplican a todos los casos de la enfermedad. La depresión se ubica en segundo lugar, en la escala de enfermedades según su gravedad, únicamente por detrás de enfermedades crónicas extremadamente discapacitantes y permanentes, como la psicosis activa, la demencia y la tetraplejía, y su gravedad se considera comparable a la de enfermedades como la paraplejía y la ceguera. Esta evaluación implica que se da por sentado que todos los casos de depresión comparan los altos índices de gravedad, cronicidad y recurrencia característicos de las enfermedades graves que los profesionales sanitarios atienden en su práctica. Sin embargo, los estudios epidemiológicos tienen en cuenta a todas las personas que cumplen los criterios sintomáticos, un grupo que –debido al posible sesgo de considerar que quienes presentan una tristeza normal padecen un trastorno– puede ser más heterogéneo que el constituido por los pa-

cientes atendidos en la clínica, lo que da lugar a una estimación global de la carga de la enfermedad que carece de validez. La eliminación de estos factores de sesgo podría generar una mejor distribución de los recursos de la OMS.

Trastorno de la conducta

Los criterios diagnósticos del DSM-IV relativos al trastorno de la conducta permiten establecer este diagnóstico en los adolescentes que responden con un comportamiento antisocial frente a la presión ejercida por sus compañeros, al entorno amenazante o a los abusos que sufren en su hogar (31). Por ejemplo, si en el intento de evitar el abuso sexual cada vez más intenso que sufre por parte de su padrastro, una niña miente a sus padres respecto a sus horarios y permanece despierta frecuentemente hasta altas horas de la noche a pesar de las prohibiciones, de manera que –fatigada por la falta de sueño– falta a menudo a las clases y, a consecuencia de ello, presenta un deterioro en su rendimiento escolar, puede ser diagnosticada como padeciendo un trastorno de la conducta. También pueden recibir este diagnóstico los niños rebeldes, miembros de pandillas, que faltan al colegio y que participan repetidamente en actos de robos y de vandalismo. Sin embargo, en reconocimiento a este tipo de problemas, hay una frase incluida en el apartado «Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo» del DSM-IV correspondiente al trastorno de la conducta en la que se señala que «en congruencia con la definición de trastorno mental que recoge el DSM-IV, el diagnóstico de trastorno de la conducta sólo se debería aplicar en los casos en los que la conducta en cuestión es sintomático de la existencia de una disfunción subyacente en el individuo, y no solamente una reacción del individuo frente a su contexto social inmediato». Si estas ideas se incorporaran en los criterios diagnósticos, sería posible evitar muchos diagnósticos positivos falsos. Lamentablemente, los estudios epidemiológicos y de investigación suelen ignorar estas aclaraciones de los manuales de clasificación.

Fobia social

A pesar de que la fobia social es un trastorno real, en función del cual las personas que lo padecen pueden no participar en ocasiones en la mayor parte de las interacciones sociales convencionales, los criterios actuales permiten establecer su diagnóstico en personas que, por ejemplo, muestran una ansiedad intensa a la hora de hablar en público frente a extraños. Sin

embargo, no se ha determinado si este temor representa realmente un fallo de la función normal o la expresión de una gama normal de señales de peligro que tenía una función adaptativa en épocas anteriores, cuando el fallo en este tipo de situaciones podía dar lugar a una expulsión del grupo, con la consiguiente amenaza para la supervivencia. Es posible que este diagnóstico sea expresión de la gran necesidad que tiene la sociedad norteamericana de personas que puedan participar en ocupaciones laborales en las que es necesaria la comunicación con grupos grandes de personas (32, 33).

IMPLICACIONES DEL ANÁLISIS DE LA DISFUNCIÓN PERJUDICIAL RESPECTO AL USO TRANSCULTURAL DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Un segundo problema originado en el uso de los criterios diagnósticos basados en síntomas se refiere específicamente al contexto internacional: a consecuencia de las características culturales locales, la expresión sintomática de una disfunción, o los indicadores sintomáticos de que existe una disfunción o una situación normal, o los valores que determinan que un estado mental sea considerado negativo pueden presentar variaciones debido a un elevado número de razones. Es posible ilustrar este problema mediante las categorías diagnósticas ya señaladas, y comprobar las dificultades que podrían surgir al utilizar los criterios diagnósticos del DSM en el contexto de la sociedad de Taiwán.

Depresión

Un concepto ya clásico es que las distintas poblaciones asiáticas expresan la depresión a través de un «lenguaje del malestar», consistente fundamentalmente en síntomas somáticos, más que en los síntomas mentales contemplados en el DSM (34, 35). Esta circunstancia trae dificultades para aplicar los criterios del DSM. Sin embargo, los datos existentes indican que, si se les pregunta, las personas de origen asiático también comunican con frecuencia el padecimiento de síntomas del tipo de los señalados en el DSM, de manera que la diferencia podría deberse a la forma en que los pacientes refieren los síntomas, más que a una variación real en la expresión sintomática de una disfunción. También es posible señalar otra diferencia cultural en cuanto a las expectativas sexuales: en Taiwán (especialmente entre las generaciones mayores) es todavía más frecuente que en EE.UU. el hecho de que la sociedad espera que la mujer sea la res-

ponsable principal del hogar, lo que puede constituir una forma de coacción. La concepción popular de las funciones masculinas y femeninas concibe que la mujer tiende a presentar en mayor medida estados de ánimo depresivos, como parte de su situación vital «natural» y de sus tendencias innatas. Hacia los varones las expectativas son diferentes. Así, al aplicar los criterios del DSM a algunas mujeres de más edad, puede haber dificultades para decidir si los síntomas que presentan indican la existencia de un trastorno (tal como ocurriría en EE.UU.) o solamente son una respuesta normal, culturalmente aprobada, frente a las circunstancias vitales difíciles.

Trastorno de la conducta

En la sociedad taiwanesa se observa, por lo general, mayor rigidez y mayores exigencias que en EE.UU. en cuanto a las expectativas hacia los niños y adolescentes y en cuanto a su supervisión. En algunos casos, la razón radica en el sistema de evaluación escolar, en función del cual todo el futuro del joven puede depender del resultado que obtiene en un único examen. Estos factores podrían influir de varias maneras en la interpretación del comportamiento antisocial. Por ejemplo, el mal comportamiento en fases tempranas podría ser considerado, con mayor frecuencia que en EE.UU., una respuesta normal frente a la presión familiar excesiva. En el otro extremo, algunos niños taiwaneses pueden no expresar tendencias antisociales inherentes hasta una edad superior a la edad a la cual se manifiestan estas tendencias, característicamente, en los niños estadounidenses, dadas las mayores restricciones existentes en el entorno cultural taiwanés. También es posible que los taiwaneses sostengan de manera implícita una teoría cultural del desarrollo del adolescente que acepta menos que en EE.UU. el comportamiento inadecuado durante la juventud como algo normal, lo que daría lugar a una sobreestimación del número de jóvenes con trastorno de la conducta.

Fobia social

Los criterios del DSM-IV para la fobia social requieren que la ansiedad sólo tenga lugar a consecuencia de las interacciones sociales con personas con las que el paciente no está familiarizado. El individuo se puede sentir perfectamente cómodo con su familia y con las personas que conoce, pero aun así será diagnosticado con un cuadro de fobia social si siente ansiedad en ciertas situaciones con extraños (p. ej, al hablar en público). En este caso, puede existir una carga cultural intensa que ofrece dificultades al profe-

sional taiwanés que debe establecer el diagnóstico. Los criterios señalados están influidos por el valor culturalmente asignado en EE.UU. a la individualidad, la independencia respecto a la familia y las interacciones abiertas con personas desconocidas. Por el contrario, algunos taiwaneses, al menos en las generaciones de mayor edad, pueden haber sido educados para considerar básicamente que la familia es un refugio seguro y que las relaciones con personas desconocidas requieren una gran prudencia. Los criterios del DSM-IV podrían considerar como patológico un comportamiento que la sociedad taiwanesa contempla como normal, en función de la educación tradicional. No obstante, es necesario insistir en el hecho de que estas observaciones se pueden aplicar en mayor medida a los taiwaneses de mayor edad.

Tal como sugieren los ejemplos ofrecidos, el análisis de la disfunción perjudicial ofrece mucho más espacio para considerar las numerosas variaciones transculturales en el diagnóstico, que no se limitan a los síndromes culturalmente específicos. Sin embargo, este análisis también refleja la realidad de que las distintas culturas, sean cuales fueran sus valores, no pueden definir trastornos que sean aplicables a otras culturas; una cultura sólo puede definir correctamente como enfermedad una situación o estado que considera indeseable si dicha situación o estado implica un fallo de la función biológicamente diseñada. Así, las culturas se pueden equivocar al determinar que una situación representa una enfermedad o una variación de la normalidad, tal como se equivocaban los médicos victorianos que consideraban que el orgasmo clitorídeo era una enfermedad; los médicos estadounidenses anteriores a la guerra de secesión, que consideraban que los esclavos que se escapaban de las plantaciones estaban enfermos, y algunas culturas en las que la esquistosomiasis es endémica, que consideran que los síntomas ocasionados por esta enfermedad forman parte del funcionamiento normal.

CONCLUSIONES

El análisis detallado del concepto de trastorno mental sobre el que está fundamentada la Psiquiatría indica que, a diferencia de lo señalado por diversos críticos, el concepto de «trastorno mental» posee realmente una coherencia médica, y que —en esa expresión— el término «trastorno» se utiliza exactamente igual que en la Medicina orgánica. Una vez que este concepto se hace explícito, ofrece una «base» para evaluar si los actuales criterios diagnósticos del DSM y la CIE, fundamentados en los síntomas, alcanzan su objetivo de identificar los trastornos psiquiátricos, distin-

guiéndolos de los estados mentales problemáticos de carácter normal. En este artículo se sugiere que todavía queda por recorrer un largo camino para lograr ese propósito de evaluación de los criterios. Sería conveniente que las revisiones venideras de los dos manuales de clasificación establezcan un mecanismo formal para la revisión de cada conjunto de criterios diagnósticos, en la búsqueda de posibles defectos conceptuales que podrían dar lugar al establecimiento de diagnósticos positivos falsos, con el objetivo de que el diagnóstico psiquiátrico no sufra las manifestaciones debilitadas que son evidentes tanto para los medios de comunicación como para la gente de la calle, aunque todavía son ignoradas por la Psiquiatría.

Agradecimientos

Agradezco a la profesora Eva Lu su ayuda para el conocimiento de la cultura taiwanesa, que he tomado como ejemplo para fundamentar mis propuestas. Es importante tener en cuenta que las ideas expuestas en este artículo son únicamente responsabilidad mía, y que bien podrían representar una distorsión o un estereotipo, por lo cual pido disculpas de manera anticipada.

World Psychiatry 2007; 6:149-156

Bibliografía

- Kendell RE. What are mental disorders? In: Freedman AM, Brotman R, Silverman I et al (eds). *Issues in psychiatric classification: science, practice and social policy*. New York: Human Sciences Press, 1986: 23-45.
- Wakefield JC. The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. *Am Psychol* 1992; 47:73-88.
- Wakefield JC. Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychol Rev* 1992;99:232-47.
- Wakefield JC. Limits of operationalization: a critique of Spitzer and Endicott's (1978) proposed operational criteria for mental disorder. *J Abnorm Psychol* 1993;102:160-72.
- Wakefield JC. DSM-IV: are we making diagnostic progress? *Contemporary Psychology* 1996;41:646-52.
- Wakefield JC. Diagnosing DSM, Part 1: DSM and the concept of mental disorder. *Behav Res Ther* 1997;35:633-50.
- Wakefield JC. Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder. *J Abnorm Psychol* 1999;108:374-99.
- Wakefield JC. Disorder as a black box essentialist concept. *J Abnorm Psychol* 1999; 108:465-72.
- Boorse C. On the distinction between disease and illness. *Philosophy and Public Affairs* 1975;5:49-68.
- Boorse C. What a theory of mental health should be. *J Theory Soc Behav* 1976;6: 61-84.
- Boorse C. Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science* 1977;44.
- Houts AC. Harmful dysfunction and the search for value neutrality in the definition of mental disorder: response to Wakefield, part 2. *Behav Res Ther* 2001;39: 1099-132.
- Sedgwick P. *Psycho politics*. New York: Harper & Row, 1982.
- Boorse C. Wright on functions. *Philos Rev* 1976;85:70-86.
- Cummins R. Functional analysis. *J Philos* 1975;72:741-65.
- Elster J. *Explaining technical change*. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.
- Hempel CG. The logic of functional analysis. In: Hempel CG (ed). *Aspects of scientific explanation and other essays in the philosophy of science*. New York: Free Press, 1965:297-330.
- Klein DF. A proposed definition of mental illness. In: Spitzer RL, Klein DF (eds). *Critical issues in psychiatric diagnosis*. New York: Raven, 1978:41-71.
- Moore MS. Discussion of the Spitzer-Endicott and Klein proposed definitions of mental disorder (illness). In: Spitzer RL, Klein DF (eds). *Critical issues in psychiatric diagnosis*. New York: Raven, 1978:85-104.
- Nagel E. *Teleology revisited and other essays in the philosophy and history of science*. New York: Columbia University Press, 1979.
- Wakefield JC. Aristotle as sociobiologist: the 'function of a human being' argument, black box essentialism, and the concept of mental disorder. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology* 2000;7:17-44.
- Wakefield JC. Spandrels, vestigial organs, and such: reply to Murphy and Woolfolk's "The harmful dysfunction analysis of mental disorder". *Philosophy, Psychiatry, and Psychology* 2000;7:253-70.
- Wakefield JC. Dysfunction as a factual component of disorder: reply to Houts, part 2. *Behav Res Ther* 2003;41:969-90.
- Wakefield JC. Biological function and dysfunction. In: Buss D (ed). *Handbook of evolutionary psychology*. New York: Oxford Press, 2005:878-902.
- Woodfield A. *Teleology*. Cambridge: Cambridge University Press, 1976.
- Wright L. Functions. *Philos Rev* 1973;82: 139-68.
- Wright L. *Teleological explanations*. Berkeley: University of California Press, 1976.
- Wakefield JC, First M. Clarifying the distinction between disorder and non-disorder: confronting the overdiagnosis ('false positives') problem in DSM-V. In: Phillips KA, First MB, Pincus HA (eds). *Advancing DSM: dilemmas in psychiatric diagnosis*. Washington: American Psychiatric Press, 2003:23-56.
- Wakefield JC, Schmitz MF, First MB et al.

- Should the bereavement exclusion for major depression be extended to other losses? Evidence from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:433-40.
30. Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. New York: Oxford University Press, 2007.
31. Wakefield JC, Pottick KJ, Kirk SA. Should the DSM-IV diagnostic criteria for conduct disorder consider social context? *Am J Psychiatry* 2002;159:380-6.
32. Wakefield JC, Horwitz AV, Schmitz M. Social disadvantage is not mental disorder: response to Campbell-Sills and Stein. *Can J Psychiatry* 2005;50:324-6.
33. Wakefield JC, Horwitz AV, Schmitz M. Are we overpathologizing social anxiety?: social phobia from a harmful dysfunction perspective. *Can J Psychiatry* 2005;50:317-9.
34. Kleinman AM. *Rethinking psychiatry*. New York: Free Press, 1988.
35. Lin KM, Lin M, Zheng Y. Neurasthenia and chronic fatigue syndrome: lessons from cross-cultural study. In: Yilmaz AT, Weiss MG, Riecher-Rossler A (eds). *Cultural psychiatry: euro-international perspectives*. Basel: Karger, 2001:68-80.

¿Necesita la Psiquiatría un concepto unitario de «trastorno mental»?

ASSEN JABLENSKY

School of Psychiatry and Clinical Neurosciences,
University of Western Australia, Perth, Australia

Jerome Wakefield lleva desde 1992 (1) exponiendo, con ligeras modificaciones, un punto de vista persuasivo e influyente del concepto de trastorno mental como «disfunción perjudicial», que postula la conjunción de un juicio de valor (el perjuicio) y un hecho científico (la disfunción). Esta definición «híbrida» resuelve la polaridad previa irrevocable entre la posición del «constructivismo social» (el trastorno mental es un concepto social que depende de un juicio de valor y que carece de homólogo en la realidad biomédica) y la posición «objetivista» (los trastornos mentales son entidades naturales que podrían ser comprendidas en términos biológicos). En el enfoque de la disfunción perjudicial, el relativismo de la definición social de «perjuicio» queda equilibrado por el componente fáctico de la existencia de una alteración en un mecanismo funcional interno, y el surgimiento de una disfunción objetiva a consecuencia de dicha alteración. Wakefield considera que el concepto de disfunción perjudicial ofrece a la Psiquiatría un «parámetro final» de lo que constituye un trastorno mental, y que ello es esencial para la credibilidad y la coherencia de la Psiquiatría como disciplina médica. Un mérito notable de la aplicación del concepto de disfunción perjudicial ha sido la demostración de las falacias del punto de vista del constructivismo social y la decisiva crítica de la plataforma «ateórica» del DSM-III y de las ediciones posteriores de este manual, así como de la arbitrariedad y la laxitud excesivas de algunas de las entidades recogidas en ellas.

A pesar de todo ello, la conceptualización del trastorno mental propuesta por Wakefield ha suscitado críticas (2, 3) respecto a algunos de sus supuestos básicos y a la evidencia que la apoya. Al tiempo que reconozco que el concepto de disfunción perjudicial puede tener un impacto revitalizador sobre el tan necesario debate acerca de los fundamentos teóricos de la Psiquiatría, prefiero unirme al bando de los críticos y argumentar que: a) la definición de disfunción perjudicial y el análisis conceptual en el que se fundamenta contienen contradicciones lógicas, no se pueden generalizar a todo el ámbito de la nosología psiquiátrica, y postulan la existencia de un

límite entre trastorno y estado de normalidad que, *a priori*, es insostenible; b) el supuesto de que la disfunción se debe a un «fallo de la mente para actuar de la manera diseñada» por la evolución de la especie no concuerda adecuadamente con los conocimientos actuales acerca de la genética evolutiva y de la neurociencia, y c) el concepto de disfunción perjudicial tiene una utilidad práctica limitada, especialmente en cuanto al proceso de toma de decisiones en la práctica clínica cotidiana.

El análisis conceptual se refiere básicamente a la forma en la que utilizamos el lenguaje, es decir, a la explicación de lo que queremos decir cuando hablamos de «trastorno mental». En la búsqueda de una definición unitaria, Wakefield supone que en toda sociedad existen intuiciones ampliamente compartidas acerca de lo que es un trastorno mental, y que estas intuiciones constituyen la base del concepto consensuado de trastorno mental, que se debería conciliar de alguna manera con la evidencia científica de disfunción. Ciertamente, la mayor parte de las culturas posee prototipos, creencias y prácticas relacionados con la enfermedad mental; sin embargo, con independencia de que entre estos diferentes componentes pueda haber coincidencia respecto a los aspectos de estigmatización, es poco probable que estas taxonomías populares ofrezcan «un concepto subyacente y compartido de enfermedad» que pueda formar parte de una definición racional y universal de enfermedad mental. Tiene una importancia aún mayor el hecho de que los prototipos populares se fundamentan característicamente en dicotomías y en términos de significación opuesta (p. ej., enfermedad frente a salud y trastorno frente a normalidad), un modelo que difícilmente concuerda con el componente relacionado con la ciencia biomédica, contemplado en la definición bipartita de disfunción perjudicial. Tanto la Medicina general como la Psiquiatría están atravesadas cada vez más por múltiples dimensiones biológicas de carácter continuo, más que por categorías excluyentes. Aunque algunos valores extremos en dichos espectros continuos se pueden representar como categorías, hay una enorme zona gris de transición gradual constituida por fenómenos biológicos que, sencillamente, no se pueden ajustar a categorías dicotómicas. Por lo tanto, el concepto de «trastorno mental» unitario es, en general, una construcción que posible-

mente no encuentre una contrapartida «de tipo natural» en la realidad objetiva.

En cuanto a la consideración de Wakefield de la «disfunción» como el componente fáctico del «trastorno», me desconciertan las razones por las que esta larga marcha hacia la teoría evolutiva y la selección natural se considera necesaria o incluso fundamental para la comprensión de los cuadros psicopatológicos. La Psicología y la Psicopatología evolutivas son ciencias que todavía están en fase de construcción y que difícilmente puedan ofrecer un fundamento fáctico para desentrañar los mecanismos neurales y los procesos cognitivos que subyacen a los síntomas y a los signos de trastornos mentales específicos. La definición de disfunción como el fracaso de un órgano o un mecanismo para realizar la «función natural» para la que ha sido «diseñado» por la selección natural implica la existencia de procesos evolutivos que se dirigen hacia objetivos completos y que tienen su origen en estructuras y funciones fijas y predeterminadas que, presumiblemente, se localizan en el cerebro humano. Este punto de vista ignora el hecho de que la selección natural es un proceso de carácter oportunista, que carece de objetivos y de diseño, y cuya tendencia general es hacia el incremento de la variabilidad interindividual. En cualquier caso, este proceso da lugar a una ampliación del espectro de variación de los parámetros que definen las funciones y disfunciones cerebrales específicas; a diferentes umbrales a partir de los cuales los individuos desarrollan trastornos mentales y del comportamiento, y a límites inherentemente difusos entre la enfermedad y la normalidad (2). En última instancia, la suposición de que los sistemas neurales del cerebro humano llevan a cabo funciones cognitivas o emocionales fijas y predeterminadas por la selección natural ignora todos los elementos de evidencia procedentes de la biología evolutiva y de la neurociencia, ampliamente aceptados. En primer lugar, el hecho de que algunas funciones cognitivas humanas altamente especializadas (p. ej., la lectura o la escritura) evolucionan sobre la base de mecanismos adaptativos más tempranos y primitivos, y son –por lo tanto– neutrales con respecto a la idoneidad reproductiva. En segundo lugar, el hecho de que el cerebro individual es un órgano que muestra una intensa plasticidad, puesto que construye su propia estructura cognitiva interna durante el desarrollo posnatal, a través de un proceso dependiente de la actividad y en interacción con su entorno. Así, los umbrales de vulnerabilidad frente a la disfunción de cualquier causa varían individualmente hasta un punto que haría poco plausible el

discernimiento del fracaso de una «función natural».

Mi última crítica es la siguiente: ¿necesita realmente la Psiquiatría una definición unitaria y universal del concepto de «trastorno mental»? Ninguna enfermedad o estado de salud ha sido definido nunca de manera estricta e inequívoca en términos de conjuntos finitos de fenómenos referenciales observables. Los libros de texto de Medicina no se suelen referir a esta cuestión, ni siquiera someramente, y parece perfectamente posible que un profesional de la Medicina pueda practicar esta disciplina y tratar las enfermedades sin necesidad de un concepto unitario de enfermedad (4). Citando a Jaspers (5), «el profesional de la Medicina está muy poco preocupado por lo que pueden significar en términos generales la salud y la enfermedad [...] no necesitamos el concepto general de “enfermedad”, y sabemos actualmente que no existe ningún concepto general y uniforme de este tipo». Además, «los médicos no se preocupan por aprovechar las ventajas evolutivas de la raza humana en su conjunto, sino en ayudar a las personas» (6).

La cuestión se complica todavía más por la aparición de las clasificaciones de genética molecular correspondientes a los grandes grupos de enfermedades, y la consecuente disponibilidad concomitante de las pruebas diagnósticas genéticas, todo lo cual aumenta las posibilidades de que finalmente sea necesaria la revisión de la taxonomía completa de las enfermedades humanas. Posiblemente será posible realizar pruebas diagnósticas de carácter predictivo a personas clínicamente asintomáticas, en procesos como la enfermedad de Alzheimer, ciertos tumores malignos y, de manera hipotética y a largo plazo, algunos de los principales trastornos psiquiátricos.

Además de las cuestiones éticas y de las repercusiones psicosociales que traerán aparejadas estas pruebas diagnósticas predictivas, otro problema que surgirá es que para segmentos importantes de la sociedad (incluyendo los profesionales de la salud) el concepto de enfermedad se convertirá en sinónimo de estado de portador de un conjunto particular de genes, sin que exista ninguna referencia a una disfunción perjudicial real, lo que oscurecerá aún más los límites entre la enfermedad y la salud. Los intentos de establecer una definición abstracta y universal de «trastorno mental» tienen una utilidad clínica limitada (7) y posiblemente no sean muy fructíferos en este contexto.

En general, desde hace unos decenios se observa una tendencia hacia una conceptualización multidimensional o politética del fenómeno de la enfermedad, considerando varias dimensiones relativamente independientes entre sí: *a)* síndromes clínicos; *b)* desviaciones estructurales, funcionales o mixtas respecto al promedio estadístico; *c)* mecanismos etiológicos y patogénicos, y *d)* dificultades personales, calidad de vida y actividad social. En el momento presente, la mayoría de las supuestas entidades nosológicas definidas en la Psiquiatría podrían ser concebidas, como mucho, como *conceptos abiertos*, tal como ha propuesto Meehl (8); es decir, como conceptos sujetos a modificaciones progresivas a medida que se introducen nuevos conocimientos. El punto final sólo se alcanzará cuando queden resueltos de manera definitiva los aspectos fundamentales de la etiología y la patogenia, para lo cual resta aún un largo camino. Mientras tanto, en vez de intentar establecer una definición estricta de «trastorno mental», posiblemente sea más conveniente aceptar la «débil» decla-

ración descriptiva de la CIE-10 que afirma que la presencia de un trastorno mental presupone «un conjunto clínicamente reconocible de síntomas o comportamientos asociados, en la mayor parte de los casos, a dificultades y a una interferencia con la actividad personal».

En conclusión, la adopción de una definición genérica y presumiblemente universal de «trastorno mental» sería prematura. Además, esta definición sería más perjudicial que beneficiosa para la Psiquiatría.

Bibliografía

1. Wakefield JC. The concept of mental disorder. *Am Psychol* 1992;47:373-88.
2. Lilienfeld SO, Marino L. Mental disorder as a Roschian concept: a critique of Wakefield's "harmful dysfunction" analysis. *J Abnorm Psychol* 1995;104:411-20.
3. Murphy D. *Psychiatry in the scientific image*. Cambridge: MIT Press, 2006.
4. Jablensky A. Disease and health in the cultural context. In: Gunn SWA, Mansourian PB, Davies AM et al (eds). *Understanding the global dimensions of health*. New York: Springer, 2005:231-9.
5. Jaspers K. *General psychopathology*. Birmingham: Birmingham University Press, 1963.
6. Toon PD. Defining "disease" – classification must be distinguished from evaluation. *J Med Ethics* 1981;7:197-201.
7. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003;160:4-12.
8. Meehl PE. Diagnostic taxa as open concepts: meta-theoretical and statistical questions about reliability and construct validity in the grand strategy of nosological revision. In Millon T, Klerman GL (eds). *Contemporary directions in psychopathology: towards the DSM-IV*. New York: Guilford, 1986:215-31.

Posibles implicaciones del análisis de la disfunción perjudicial en el desarrollo del DSM-V y de la CIE-11

MICHAEL B. FIRST

New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA

Ahora que se están desarrollando tanto el DSM-V como la CIE-11, deberían considerarse las posibles implicaciones prácti-

cas del análisis de la disfunción perjudicial de Wakefield con respecto a las revisiones de estas clasificaciones. La agenda de desarrollo del DSM-V (1) se publicó en 2002 con el objetivo de estimular «la investigación y la discusión en este campo, como preparación al inicio real del proceso de revisión del DSM-V» (2) e incluía un capí-

tulo sobre «cuestiones básicas de nomenclatura en el DSM-V». Entre las recomendaciones ofrecidas estaba la sugerencia de que en el DSM-V se incluyera «una definición de trastorno mental que pueda ser utilizada como criterio para evaluar las posibles entidades patológicas que deben ser incluidas en la clasificación», conside-

rando que la definición de trastorno mental recogida en el DSM-IV «no está estructurada de manera que se pueda utilizar como criterio para decidir qué es y qué no es un trastorno mental», debido principalmente a que «la definición no permite contemplar o explicar el término clave de disfunción» (3). Uno de los puntos fuertes del análisis de la disfunción perjudicial de Wakefield es que permite esclarecer el concepto clave de «disfunción», que Wakefield considera como el componente «fáctico» de la definición de trastorno mental. Wakefield define la disfunción como el fracaso de algún mecanismo cerebral o psicológico en la realización de la función natural para la que ha sido diseñado. Aunque la superficialidad de los conocimientos actuales acerca de los procesos mentales limita las posibilidades de discernir con precisión las diferentes funciones cerebrales diseñadas de manera natural, este enfoque es conceptualmente muy atractivo debido a que, tal como señala Wakefield a través de numerosos ejemplos, se ajusta a las percepciones de sentido común sobre lo que es y lo que no es un trastorno mental.

Si las experiencias del pasado pueden tener alguna utilidad, las revisiones venideras de las clasificaciones DSM y CIE traerán consigo muchas propuestas respecto a la inclusión de nuevas enfermedades (4). Aunque algunas de estas propuestas podrían acarrear la redefinición de un trastorno que ya existía en alguna otra categoría (p. ej., la propuesta de incluir el trastorno bipolar II en el DSM-IV dio lugar a una reclasificación de casos que en el DSM-III-R habían sido incluidos en el trastorno depresivo mayor), lo que daría lugar a una modificación importante de los límites entre dicho trastorno y otros, muchas de las propuestas implicarán nuevas entidades diagnósticas, que modificarán los límites aceptados respecto a la normalidad. Es en este último grupo en el que el análisis de la disfunción perjudicial de Wakefield tendrá una mayor incidencia para conseguir que las entidades diagnósticas se definan de manera que cumplan los criterios de un trastorno mental. El análisis de la disfunción perjudicial insiste en el hecho de que cualquier definición de trastorno mental debería incluir elementos que indicaran tanto la presencia de una disfunción (es decir, el fracaso de un mecanismo diseñado de manera natural) como la existencia de un impacto negativo relacionado con dicha disfunción, en términos de malestar o discapacidad.

Las iniciativas previas dirigidas hacia la elaboración de conjuntos de criterios se han centrado principalmente en el componente «perjudicial», ya sea considerando una lista de síntomas que son inherente-

mente perjudiciales (especialmente cuando se toman en conjunto), puesto que inducen dificultad o discapacidad al individuo (p. ej., las crisis de angustia recurrentes, la evitación fóbica), o incluyendo un criterio de significación clínica que exija de manera explícita la existencia de malestar o discapacidad (p. ej., «los síntomas causan malestar o discapacidad clínicamente significativas en áreas importantes de la actividad, tales como la social o la laboral»). Son mucho menos habituales los criterios que abordan el componente de «disfunción» de la definición, es decir, los criterios que determinan el hecho de que los síntomas perjudiciales son el resultado del fracaso de alguna función diseñada del individuo, más que el resultado de causas no relacionadas con el trastorno, tales como las oportunidades educativas o económicas insuficientes, los conflictos de relación, etc. Lo más habitual es que se contemplen criterios que excluyen las situaciones específicas en las que los síntomas perjudiciales se deben claramente a algo que no representa el fracaso de una función diseñada. Por ejemplo, los criterios diagnósticos del mutismo selectivo excluyen específicamente las situaciones en las que la incapacidad para hablar se debe a la falta de los conocimientos o fluidez del lenguaje hablado para participar en una situación social. Rara vez se incluye de manera explícita, en la definición de un trastorno, el mecanismo que fracasa; por ejemplo, el tartamudeo se define como una «alteración en la fluidez y el patrón temporal normales del habla, que son inadecuados respecto a la edad del individuo» (5).

Para ilustrar la manera en la que se podría aplicar el análisis de la disfunción perjudicial en la consideración de las propuestas para incluir nuevas enfermedades en el DSM-V o la CIE-11, puede tomarse como ejemplo el trastorno del comportamiento sexual compulsivo (6), que posiblemente sea propuesto para su inclusión en el DSM-V y en la CIE-11. Teniendo en cuenta que hay ciertamente al menos algunos casos de individuos cuyas vidas han quedado arruinadas por su incapacidad para controlar sus impulsos sexuales, la cuestión no debería ser determinar si el comportamiento sexual compulsivo debe ser considerado un trastorno, sino –más bien– establecer el conjunto de criterios que permitirían definir el trastorno del comportamiento sexual compulsivo, de manera que pudiera entrar en la definición de trastorno mental. Utilizando como guía el análisis de la disfunción perjudicial, esta definición debería incluir parámetros explícitos que indicaran el perjuicio causado por los síntomas, así como una indicación también explícita de la naturaleza de la disfunción

(en este caso, un fracaso interno del control de los impulsos sexuales). Con el objetivo de aclarar en mayor medida la naturaleza interna de la disfunción, se deberían añadir criterios adicionales que excluyeran otras causas no patológicas del elevado grado de actividad sexual (p. ej., la libido intensa de manera natural, las situaciones en las que las «válvulas de escape» de los impulsos sexuales están gravemente restringidas por alguna razón).

Es necesario destacar el hecho de que, tal como ha señalado Wakefield en varias publicaciones (7, 8), el análisis recién mencionado no ha sido aplicado nunca desde el punto de vista metodológico a los conjuntos de criterios recogidos en el DSM-IV, lo que ha hecho que muchos diagnósticos potenciales hayan sido positivos falsos, debido a la falta de exclusión de los casos en los que los síntomas se originan por una causa no patológica. Por todo ello, el análisis de la disfunción perjudicial como el mencionado no sólo se debería aplicar para la elaboración de los conjuntos de criterios relativos a los nuevos trastornos, sino que también se debería utilizar para guiar las revisiones de los criterios existentes.

Bibliografía

1. Kupfer D, First M, Regier D (eds). A research agenda for DSM-V. Washington: American Psychiatric Publishing, 2002.
2. Kupfer D, First M, Regier D. Introduction. In: Kupfer D, First M, Regier D (eds). A research agenda for DSM-V. Washington: American Psychiatric Publishing, 2002: xvxxiii.
3. Rounsaville B, Alarcon RD, Andrews G et al. Basic nomenclature issues for DSM-V. In: Kupfer D, First M, Regier D (eds). A research agenda for DSM-V. Washington: American Psychiatric Publishing, 2002:1-30.
4. Pincus H, Frances A, Davis WW et al. DSM-IV and new diagnostic categories: holding the line on proliferation. *Am J Psychiatry* 1992;149:112-7.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
6. Mick T, Hollander E. Impulsive-compulsive sexual behavior. *CNS Spectrum* 2006; 11:944-55.
7. Wakefield J. Diagnosing DSM-IV - Part I: DSM-IV and the concept of disorder. *Behav Res Ther* 1997;35:633-49.
8. Wakefield J, First M. Clarifying the distinction between disorder and non-disorder: confronting the overdiagnosis ("false positives") problem in DSM-V. In: Phillips K, First M, Pincus H (eds). *Advancing DSM: dilemmas in psychiatric diagnosis*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2003:23-56.

La evolución es el fundamento científico del diagnóstico: la Psiquiatría debería utilizarla

RANDOLPH M. NESSE

Department of Psychiatry, University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA

La Psiquiatría ha luchado durante siglos para conseguir que los trastornos mentales sean reconocidos como enfermedades con características similares a las que aborda el resto de la Medicina. Para alcanzar este objetivo, el DSM-IV y otros nuevos sistemas diagnósticos definen los trastornos en función del número, la gravedad y la duración de los síntomas. La ventaja es que dos clínicos que estudian al mismo paciente posiblemente establezcan también un mismo diagnóstico. Este enfoque parece científico; al menos, es posible cuantificar algo con fiabilidad.

Sin embargo, tal como señala Wakefield, estos sistemas diagnósticos sólo son aparentemente científicos. No ofrecen un fundamento para determinar qué es un trastorno y qué no lo es. Lo que es más grave, aunque estos sistemas persiguen la equiparación de la Psiquiatría con el resto de la Medicina, en realidad transitan un camino opuesto. En el resto de la Medicina, los médicos reconocen las enfermedades como situaciones debidas al funcionamiento anómalo de algún sistema útil. Saben que el corazón desempeña una función de bombeo de la sangre y que su funcionamiento anómalo dar lugar a insuficiencia cardíaca congestiva. El diagnóstico de insuficiencia cardíaca se establece cuando el corazón no realiza su función normal, con independencia de cuál sea la causa.

El resto de la Medicina establece una distinción clara entre las enfermedades y las respuestas de carácter protector. Sin embargo, esta distinción casi no existe en Psiquiatría. La insuficiencia renal, el cáncer y la parálisis son enfermedades, pero la fiebre, la tos y el dolor no lo son, sino que son respuestas protectoras. Los mecanismos que regulan la fiebre y la tos pueden fallar, pero los médicos no establecen diagnósticos tales como «trastorno de la fiebre» o «trastorno de la tos». En cambio, evalúan el problema que se plantea en función de estas respuestas funcionales.

Tal como demuestra Wakefield con mucha claridad, el diagnóstico psiquiátrico ignora esta distinción fundamental. El diagnóstico de depresión mayor se establece

cuando un individuo sufre síntomas intensos durante un período de tiempo suficientemente prolongado, con independencia de lo que esté ocurriendo en su vida personal. La excepción a ello, el fallecimiento reciente de un ser querido, demuestra por qué es esencial la consideración del contexto. Los buenos psiquiatras estudian con detalle la situación vital del paciente para intentar determinar si sus síntomas de depresión constituyen una respuesta normal frente a su situación vital actual, una alteración en el sistema de la regulación del estado de ánimo o, tal como suele ocurrir, una combinación de ambas posibilidades.

Esta distinción esencial entre la depresión reactiva y la depresión endógena se recogía con toda claridad en el DSM-II, pero fue eliminada en el DSM-III y en el DSM-IV. Desde entonces, el diagnóstico psiquiátrico ha presentado una apariencia de objetividad, mientras que –de hecho– se ha separado drásticamente del diagnóstico efectuado por el resto de la Medicina, fundamentado en el reconocimiento de la disfunción. ¿Por qué el diagnóstico psiquiátrico excluye la consideración del contexto? Hay dos razones obvias.

En primer lugar, cuando el diagnóstico depende de la valoración de la gravedad de los problemas vitales, disminuye su fiabilidad. La posibilidad de que la pérdida del trabajo sea o no un elemento suficiente para explicar los síntomas de depresión depende de lo bueno o malo que fuera el trabajo, de la posibilidad de que pueda ser fácilmente sustituido y de la situación económica de la persona. Todos estos factores conllevan consideraciones subjetivas. La contemplación de estos factores significa que es poco probable que dos psiquiatras lleguen a la misma conclusión.

Esta cuestión puede ser difícil, pero el resto de la Medicina no ignora el contexto. Por ejemplo, al evaluar el dolor, los médicos consideran si la intensidad del dolor que sufre el paciente está dentro del espectro de la normalidad, teniendo en cuenta la naturaleza de la lesión orgánica, o si el sistema de regulación del dolor está funcionando adecuadamente. La decisión suele ser difícil, pero los médicos no se escabullen del problema utilizando únicamente la intensidad y la duración de los síntomas para determinar si el paciente sufre o no un «trastorno de dolor». En cambio, utilizan todos sus conocimientos y su ex-

periencia para intentar decidir si la respuesta de dolor que sufre el paciente es normal o si existe alguna alteración en el sistema que regula el dolor.

La segunda razón por la que el diagnóstico psiquiátrico ignora el contexto es el hecho de que los responsables del DSM-III estaban tan desesperados por diferenciar la Psiquiatría del psicoanálisis que decidieron ignorar todo planteamiento teórico. A consecuencia de ello, la Psiquiatría aún carece del tipo de comprensión funcional que ofrece la fisiología al resto de la Medicina. Sin embargo, la comprensión funcional es ahora posible en Psiquiatría.

Por ejemplo, la determinación de la posible anormalidad de una emoción requiere la comprensión de las emociones normales (1). Actualmente, se está aplicando a las emociones humanas el mismo razonamiento evolutivo que ha hecho avanzar con tanta rapidez el estudio del comportamiento animal. Las emociones evolucionaron debido a que facilitaron la adaptación del cuerpo frente a situaciones que se repitieron una y otra vez a lo largo de millones de años. Ninguna emoción es buena o mala en sí misma, y las emociones negativas, como la ansiedad y la tristeza, son tan útiles como las positivas. Las emociones son útiles si se expresan en las situaciones que motivaron su aparición, mientras que cuando aparecen en otro tipo de situaciones son anómalas (2). Es necesario aprender a reconocer estas situaciones. En términos más generales, las personas que carecen de emociones no tienen una vida plena. A lo largo de la historia evolutiva, como promedio, han tenido menos descendencia. Tampoco viven plena y adecuadamente las personas que experimentan emociones excesivas o cuyas emociones se expresan en situaciones incorrectas. Una crisis de angustia puede salvar la vida al individuo que es perseguido por un león, pero en una relación amorosa la angustia puede reducir gravemente el éxito reproductivo.

El criterio de la disfunción está fundamentado en el conocimiento de la función evolutiva de un rasgo, y esto ocurre exactamente igual en la Psiquiatría que en el resto de la Medicina. Wakefield argumenta convincentemente que el criterio de la disfunción ofrece un fundamento biológico sólido para determinar si una situación es normal o patológica (3). Este punto de vista parece radical, pero –fundamentalmente–

es una llamada para recuperar el diagnóstico psiquiátrico y colocarlo en su sitio adecuado dentro del campo biológico (4). La adopción de esta perspectiva devolvería al diagnóstico psiquiátrico al marco biológico que la comprensión funcional ofrece al resto de la Medicina.

Fanático de la «disfunción perjudicial»

KENNETH W.M. FULFORD¹,
TIM THORNTON²

¹Faculty of Philosophy, University of Oxford, UK
²Institute for Philosophy, Diversity and Mental Health, University of Central Lancashire, Preston, UK

Wakefield adopta una actitud fanática respecto a la «disfunción perjudicial», algo por lo que deberíamos estar agradecidos. La razón es que su sólida retórica ha tenido un éxito espectacular en un área en la que decenios de argumentación rigurosa han fracasado estrepitosamente en la introducción de valores en la agenda de la clasificación psiquiátrica.

Sí, *valores*. Como buen retórico, Wakefield centra la atención de su audiencia en su campo de intereses, es decir, en los elementos empíricos relacionados con el significado de «trastorno», razón por la cual muchas de sus ideas se refieren a la defensa de una definición de «disfunción» derivada de la biología evolutiva. Los conceptos de «evolución» y «biología» establecen un anillo empírico tranquilizador. Además, al menos con respecto al DSM, éste es precisamente el campo en el que se sitúan los intereses de la audiencia de Wakefield: el DSM-IV está explícitamente basado en la evidencia (1); además, la agenda de la American Psychiatric Association respecto al DSM-V es predominantemente una agenda de investigación empírica (2). Sin embargo, aun considerando que Wakefield ofrece a su audiencia lo que ésta le solicita (es decir, una definición empírica de disfunción), la conduce a aceptar algo a lo que en otras circunstancias dicha audiencia se resistiría: al hecho de que el concepto de «trastorno», uno de los conceptos básicos del DSM también contiene en su significación un elemento *no* empírico y específicamente *valorativo*.

Bibliografía

1. Nesse RM. Evolutionary explanations of emotions. *Human Nature* 1990;1:261-89.
2. Nesse RM. Proximate and evolutionary studies of anxiety, stress, and depression: synergy at the interface. *Neurosci Biobehav Rev* 1999;23:895-903.
3. Wakefield JC, Horwitz AV. *The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. New York: Oxford University Press, 2007.
4. Nesse RM, Jackson ED. Evolution: psychiatric nosology's missing biological foundation. *Clin Neuropsychiatry* 2006; 3:121-31.

En el trabajo que se comenta en esta nota hay algo así como un truco de magia conceptual. Wakefield presenta la «disfunción perjudicial» desde el lado de los hechos, pero el truco está en el lado de los valores. Desde un punto de vista retórico, el truco está bien planteado. Visto superficialmente, el truco se refiere a la «disfunción» (en el lado de los hechos) y al perjuicio (en el lado de los valores). Así, la audiencia de Wakefield se puede sentir tranquilizada, puesto que incluso si el concepto de trastorno es, tal como señala Wakefield, un concepto híbrido (hechos más valores), es el concepto de disfunción (supuestamente carente de valores) el que se debe considerar (realmente) en la clasificación psiquiátrica. Sin embargo, el truco va más allá de este planteamiento, debido a que al utilizar de manera liberal términos como los de «fallo o fracaso», Wakefield demuestra que esta definición de disfunción también implica un aspecto valorativo, además del aspecto fáctico que él presenta (3). De esta manera, tal como ocurre con el concepto de «trastorno», Wakefield presenta su definición de «disfunción» desde el lado visible de los hechos, y permanece oculto el aspecto valorativo de este concepto, que constituye en última instancia su fundamento lógico.

De la misma manera que ocurre con todos los trucos de magia, una vez que se reconoce el truco es fácil decir cómo se hace. Por ejemplo, las citas bibliográficas que ofrece Wakefield ilustran lo que se ha denominado las «tres R» de la retórica, es decir, Repetición, Repetición y Repetición: casi la mitad de las citas bibliográficas ofrecidas por Wakefield son publicaciones *suas*. Además, sus citas muestran una buena dosis de una posible cuarta «R», el revisionismo retórico.

Desde un punto de vista menos retórico, Wakefield podría haber señalado que el psi-

quiatria y epidemiólogo británico Robert Kendell fue el autor que aplicó por primera vez (20 años antes que Wakefield) los conceptos de la biología evolutiva a los problemas de la clasificación psiquiátrica (4), en vez de recordarlo por el intento relativamente trivial de destacar la importancia de aclarar el aspecto axiológico de los conceptos diagnósticos psiquiátricos. De la misma manera, desde un punto de vista menos retórico, Wakefield debería haber reconocido que el filósofo norteamericano Christopher Boorse fue el primero en proponer –20 años antes que Wakefield y en dos de los artículos citados por éste (5, 6)– un análisis híbrido (hechos y valores) de los conceptos médicos, en vez de señalar que este autor fracasó en la consideración del componente axiológico. Finalmente, también desde un punto de vista menos retórico, el conjunto de no menos de 16 citas bibliográficas consideradas por Wakefield como relativas a las «funciones naturales» (es decir, referidas a funciones definidas como carentes de valores), podría haber sido considerado con mayor precisión como una contribución al debate, aún no resuelto, para determinar si las funciones (y las *dis*-funciones) pueden ser consideradas como algo natural, sobre todo en la línea propuesta por Wakefield (7).

Se podría considerar que la existencia de estos artefactos retóricos en el trabajo de Wakefield socava sus puntos de vista. Sin embargo, esto sería permanecer fuera del paradigma. Como artefactos *retóricos*, son apropiados y eficaces.

Por otra parte, los problemas internos al paradigma se hacen evidentes cuando, en la parte final de su artículo, Wakefield efectúa la aplicación de su análisis a algunos de los problemas existentes en el DSM. Así, la necesidad retórica de la repetición continuada de un mensaje pone a Wakefield en riesgo de parecer insensible a las limitaciones de su propio enfoque. Los ejemplos que ofrece son suficientemente reales: el DSM presenta realmente estos problemas y, además, estos problemas se deben realmente en parte a las dificultades que conlleva la definición de trastorno. Sin

embargo, más allá de una nota inicial prometedora acerca de una futura neurociencia, Wakefield fracasa en su intento de demostrar cuál es la contribución específica que su definición de trastorno como «disfunción perjudicial» aporta a la resolución de los problemas en cuestión. Así, los ejemplos ofrecidos por Wakefield son ejemplificadores en su forma, pero no en su contenido.

Un segundo problema de mayor gravedad y que también es interno al paradigma procede de la necesidad retórica que tiene Wakefield de centrar la atención de su audiencia en el elemento empírico del significado de «trastorno». Debido a ello, se pone en riesgo de asumir una postura despreciativa hacia los recursos de las numerosas disciplinas *no* empíricas (junto con las disciplinas empíricas) que se pueden utilizar para solucionar los problemas de la clasificación psiquiátrica. Estos recursos son, por ejemplo, el trabajo de la filosofía de la física respecto a la naturaleza local de la validez científica (8); el trabajo de la filosofía de la mente respecto al papel irreductible del criterio individual (igual que en el «criterio clínico») (9), y –específicamente para el estudio de los valores– el trabajo en áreas tales como el análisis lingüístico (10), la fenomenología (11) y la filosofía analítica (12). Todos estos recursos son pertinentes para mejorar los *procesos* de la clasificación diagnóstica psiquiátrica, es decir, para mejorar el desarrollo inicial de las clasificaciones y, después, para refinar las clasificaciones que se utilizan realmente en la práctica clínica cotidiana.

Además, estos recursos tendrán poca utilidad a menos que en la agenda de la clasificación psiquiátrica se incluyan los valores y otros elementos no empíricos implicados en el concepto de trastorno. Ésta es la razón por la que, incluso si finalmente su inclusión en la agenda se debiera a un truco de magia conceptual, deberíamos estar agradecidos al fanatismo de Wakefield respecto a la «disfunción perjudicial».

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
2. Kupfer DJ, First MB, Regier DE (eds). A research agenda for DSM-V. Washington: American Psychiatric Association, 2002.
3. Fulford KWM. Nine variations and a coda on the theme of an evolutionary definition of dysfunction. *J Abnorm Psychol* 1999; 108:412-20.
4. Kendell RE. The concept of disease and its implications for psychiatry. *Br J Psychiatry* 1975;127:305-15.
5. Boorse C. On the distinction between disease and illness. *Philosophy and Public Affairs* 1975;5:49-68.
6. Boorse C. What a theory of mental health should be. *J Theory Soc Behav* 1976;6:61-84.
7. Allen C, Lauder G (eds). *Nature's purposes: analyses of function and design in biology*. Cambridge: MIT Press, 1998.
8. Fine A. The natural ontological attitude. In: Boyd R, Gasker P, Trout JD (eds). *The philosophy of science*. Cambridge: MIT Press, 1999:261-77.
9. Thornton T. Tacit knowledge as the unifying factor in EBM and clinical judgement. *Philosophy Ethics and Humanities of Medicine* 2006;1:2.
10. Sadler JZ. *Values and psychiatric diagnosis*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
11. Stanghellini G. *Deanimated bodies and disembodied spirits. Essays on the psychopathology of common sense*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
12. Fulford KWM, Broome M, Stanghellini G et al. Looking with both eyes open: fact and value in psychiatric diagnosis? *World Psychiatry* 2005;4:78-86.

¿Un nuevo método para reducir la prevalencia de los trastornos mentales?

NORMAN SARTORIUS

Geneva, Switzerland

En su lúcido artículo, Jerome Wakefield argumenta que una situación puede ser considerada como una enfermedad mental si *a*) es perjudicial y *b*) se debe a la disfunción resultante del fracaso de algún mecanismo interno (destinado originalmente a la realización de la función ahora alterada). Esta definición debería ser válida para las enfermedades «físicas» y «mentales». Wakefield no diferencia «enfermedad» (*disease*) de «trastorno» (*disorder*), aunque ambos términos no describen el mismo tipo de procesos patológicos.

Otra distinción importante en esta discusión es la de «trastorno» (*disorder*) y «enfermedad médica» (*medical disease*), por un lado, y la «necesidad asistencial» (*needs for care*) y la realidad sociocultural de la enfermedad (*sickness*) (el estado que, según lo considera la sociedad, requiere recibir tratamiento o determinados beneficios), por otro (1).

Una proporción significativa de las personas que sufren un trastorno no solicita ni recibe tratamiento o asistencia; un cierto número de personas que solicitan y reciben asistencia no sufre ningún trastorno desde el punto de vista médico, y –finalmente– la mayoría de las sociedades consideran en algún momento de su historia que diversos patrones de comportamiento son patológicos (por lo que requieren tratamiento y/o reclusión), aunque las personas afectadas no soliciten ninguna forma de tratamiento y tampoco sufran ningún trastorno reconocible.

Solicitar, como hace Wakefield, que para definir una situación como patológica y necesitada de atención por parte del sistema sanitario deben estar presentes tanto un juicio de valor negativo como una disfunción puede dar lugar a diversos problemas. Así, por ejemplo, las personas con una disfunción que en el momento de la consulta no les causa ningún perjuicio podrían ser excluidas del tratamiento o la asistencia; tomando el ejemplo de Wakefield, las personas con una alteración del cuerpo calloso (p. ej., debido a un proceso infeccioso y susceptible de curación) que diera lugar a dislexia no recibirían tratamiento en sociedades iletradas, debido a que su disfunción no les causaría un perjuicio inmediato. A menudo, los pobres que residen en países ricos o pobres carecen de acceso a muchos bienes y servicios a los que sí pueden acceder los ricos: ¿significa esto que los pobres no deberían recibir asistencia sanitaria para atender sus disfunciones, debido a que seguramente no atravesarán situaciones en las que estas disfunciones les ocasionen algún perjuicio?

Comparto la confianza de Wakefield acerca de nuestra capacidad para evaluar las alteraciones de las «funciones mentales» con la misma precisión que las alteraciones de las «funciones físicas». Por otra parte, las diferencias existentes entre las distintas culturas hacen que la valoración negativa de una «disfunción fáctica» determinada sea tan distinta de un contexto a otro, que es difícil imaginar cómo se podrían efectuar comparaciones entre los «trastornos» si se definen tal como propone Wakefield. Por lo tanto, creo que en los es-

tudios epidemiológicos (y de otro tipo) en los que sea necesario trabajar con grupos homogéneos se deberían definir los trastornos en términos de «disfunción fáctica», en la terminología de Wakefield, utilizando después los resultados de estas evaluaciones de una manera congruente con el objetivo planteado en los estudios, por ejemplo, para estimar la prevalencia de un trastorno o para establecer los fundamentos para evaluar las necesidades asistenciales.

En resumen, considero que el análisis de Wakefield respecto al concepto de trastorno mental es útil, debido a que obliga a pensar acerca de la naturaleza de las enfermedades y su significado; sin embargo, estoy en desacuerdo con la conclusión de Wakefield de que la «valoración negativa» de una disfunción determinada tiene que tener un peso decisivo en la definición del trastorno. Al igual que ocurre en el resto de la Medicina, el diagnóstico de un trastorno debe estar

fundamentado en síntomas bien definidos, indicativos de la existencia de una disfunción, evitando la contaminación de este diagnóstico con las evaluaciones acerca de la conveniencia social o de la discapacidad.

Bibliografía

1. Sartorius N. Fighting for mental health. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

El concepto híbrido de trastorno mental de Wakefield

BENGT BRÜLDE

Department of Philosophy, Göteborg University, Box 200, SE-405 30 Göteborg, Sweden

Wakefield se pregunta qué es lo que hace que una situación o estado mental constituya un trastorno. Formula la pregunta de dos maneras distintas: a) «*Qué queremos decir* cuando señalamos que un estado mental es un trastorno médico más que una forma normal de sufrimiento humano?» y b) «¿Cuáles estados mentales *deberían* ser clasificados como patológicos?» La segunda pregunta es bastante más significativa, especialmente teniendo en cuenta que no existe un consenso acerca del significado de «trastorno mental». «Trastorno» (*disorder*) es un término amplio «que abarca tanto los daños y traumatismos (*traumatic injuries*) como las enfermedades (*disease/illness*)». Este concepto tiene una significación práctica mayor que, por ejemplo, la noción de enfermedad (*disease*). La distinción entre enfermedad y daño (*injury*) carece de implicaciones prácticas importantes, mientras que la distinción entre trastorno y normalidad puede definir qué personas pueden reclamar asistencia sanitaria pública gratuita, reembolsos por gastos médicos o subvenciones debidas a baja por enfermedad (1, 2).

Según el punto de vista de Wakefield, los trastornos mentales son disfunciones mentales perjudiciales. Este enfoque se presenta en forma de un concepto híbrido constituido por un componente valorativo (el perjuicio) y un componente fáctico (la disfunción). Sin embargo, no está claro si el concepto de Wakefield contiene realmente

un componente axiológico, es decir, si su concepto es realmente híbrido. Wakefield utiliza repetidamente frases como «considerado como negativo por los parámetros socioculturales» o «perjudicial en relación con los valores sociales», con el objetivo de definir el componente axiológico; sin embargo, decir que una situación es considerada como negativa por los «parámetros socioculturales» es realmente efectuar una declaración fáctica. Además, la referencia a los parámetros socioculturales existentes sólo es pertinente si se desea *explicar* por qué ciertos estados son clasificados como trastornos en determinadas sociedades, pero no si se quiere determinar cuáles estados *deberían* ser clasificados como patológicos. Esta última cuestión es la más importante, y para responderla es necesario determinar si un estado es perjudicial, no si es considerado perjudicial desde alguna perspectiva particular. No obstante, aun suponiendo que el análisis de Wakefield constituye –en efecto– un concepto realmente híbrido, posiblemente el papel del componente valorativo sea demasiado estrecho, y lo mismo podría decirse del papel del componente fáctico.

Característicamente, los trastornos mentales conllevan un tipo de perjuicio para la persona que los sufre (p. ej., malestar o discapacidad), y a menudo el diagnóstico tiene muy en cuenta el perjuicio, cuando se debe trazar la línea entre lo normal y lo patológico. Esta actitud sugiere con fuerza que la conexión entre trastorno y perjuicio es más conceptual que contingente. Sin embargo, Wakefield realiza una afirmación más tajante: que el perjuicio para el individuo es una condición *necesaria* del trastorno, y

que no es necesario apoyarse en ninguna otra consideración evaluativa para definir el tipo de trastorno mental. No obstante, parece que existen trastornos mentales que son clasificados como tales en virtud de otras consideraciones evaluativas; por ejemplo, la pedofilia y el trastorno de la personalidad antisocial se consideran trastornos debido a que conllevan un comportamiento anormal o un comportamiento perjudicial para otras personas. Este aspecto indica que la línea entre trastorno y normalidad no debería ser trazada sólo en función de la evaluación del perjuicio para el individuo, sino que también debería considerarse el perjuicio para los demás y la anormalidad (p. ej. la irracionalidad) (3). Sin embargo, este punto de vista conduce a un concepto menos coherente de trastorno mental y es incompatible con la idea de que el «trastorno mental» se puede definir en términos de condiciones necesarias que, en conjunto, son suficientes (3).

El concepto evolutivo de Wakefield respecto a lo que es un trastorno ha sido fuertemente criticado (1, 4-7). La mayoría de las objeciones pretende demostrar que la disfunción (en el sentido en el que Wakefield utiliza este término) no es un requisito necesario para un trastorno, es decir, que una persona puede padecer un trastorno incluso aunque no exista una «alteración de la función evolutiva». Algunas de estas objeciones intentan dejar claro el hecho de que «muchas funciones mentales no constituyen adaptaciones evolutivas directas sino, más bien, consecuencias (neutras desde el punto de vista adaptativo) de otras adaptaciones» (4). Por otra parte, algunos trastornos se deben al fracaso de mecanismos que carecen de una función adaptativa, tales como los espacios vacíos (*spandrels*), las exaptaciones biológicas y las partes vestigiales.

Otros argumentos persiguen la demostración de que los trastornos pueden ser debidos a mecanismos que actúan exacta-

mente de la manera diseñada por la evolución, es decir, que algunos trastornos son reacciones evolutivas adaptativas frente a «estímulos patogénicos» a lo largo de la evolución. Las lesiones causadas por un traumatismo físico externo implican disfunciones, así como también las reacciones inflamatorias, las enfermedades infecciosas y el trastorno por estrés postraumático. Sin embargo, se considera que el duelo normal y el duelo patológico (un posible componente del trastorno depresivo) constituyen dos posibles reacciones frente a una pérdida. ¿Es realmente la diferencia entre ambos procesos el hecho de que en el segundo caso tiene lugar el funcionamiento anómalo de un mecanismo específico, mientras que esto no es así en el primer caso? La defensa del concepto de disfunción a través de la propuesta de un «mecanismo de respuesta frente a la pérdida» es inverosímil. Parece más plausible considerar ambos estados como *diferentes formas de funcionamiento*, de manera que la «forma depresiva de duelo» es bastante más perjudicial que la «forma normal». Sin embargo, esta hipó-

tesis sugiere que la existencia de una disfunción no es un elemento esencial de un trastorno. Además, la exclusión del duelo normal de la clasificación de los trastornos mentales podría ser cuestionada: por ejemplo, podría ser apropiado considerar el duelo como un daño mental (*injury*), y, si todos los daños mentales son trastornos mentales, también lo sería el duelo. Finalmente, se puede argumentar que las personas en situación de duelo pueden solicitar la baja laboral por enfermedad. En esta cuestión, la normalidad está fuera de lugar.

En conclusión, la idea de Wakefield de que los trastornos son disfunciones (definidas en términos evolutivos) tiende a excluir una gran cantidad de situaciones de la categoría de trastorno mental. Hay opiniones alternativas, pero éstas también muestran ciertos puntos débiles (1). Todo ello sugiere que no podemos salvar nuestras intuiciones lingüísticas, a menos que abandonemos la idea de que es posible definir el concepto de «trastorno mental» en términos de condiciones necesarias que, en conjunto, sean suficientes (1).

Bibliografía

1. Brülde B. The concept of mental disorder. Gothenburg: Department of Philosophy, 2003.
2. Brülde B. Art and science, facts and knowledge. Philosophy, Psychiatry, and Psychology (in press).
3. Brülde B. Mental disorder and values. Philosophy, Psychiatry, and Psychology (in press).
4. Lilienfeld SO, Marino L. Mental disorder as a Roschian concept: a critique of Wakefield's "harmful dysfunction" analysis. J Abnorm Psychol 1995;104:411-20.
5. Murphy D, Woolfolk RL. The harmful dysfunction analysis of mental disorder. Philosophy, Psychiatry, and Psychology 2000; 7:241-52.
6. Murphy D, Woolfolk RL. Conceptual analysis versus scientific understanding: an assessment of Wakefield's folk psychiatry. Philosophy, Psychiatry, and Psychology 2000;7:271-92.
7. Nordenfelt L. On the evolutionary concept of health: health as natural function. In: Nordenfelt L, Liss P-E (eds). Dimensions of health and health promotion. Amsterdam: Rodopi Press, 2003:37-54.

Utilidad de la definición de Wakefield para los manuales diagnósticos

DEREK BOLTON

Department of Psychology, Institute of Psychiatry, King's College, London, UK

Nadie ha hecho más para clarificar y analizar el concepto de trastorno mental a lo largo del último decenio que Jerome Wakefield, de manera que parece llegado el momento de considerar su trabajo en las fases de preparación de las nuevas ediciones del DSM y la CIE. En estos trabajos preparatorios se realizará una revisión de la fiabilidad de los diagnósticos, así como de los distintos aspectos de la validez de la clasificación de los síntomas en síndromes y de los síndromes en categorías de orden superior.

El tipo adicional y distintivo de validez sobre el que Wakefield ha llamado constantemente la atención desde sus primeras publicaciones a principios del decenio de 1990 se refiere a lo que este autor ha denominado el problema de la *validez conceptual*: hasta qué punto los manuales con-

templán todos y cada uno de los trastornos mentales (o de los trastornos mentales y del comportamiento), hasta qué punto algunos de ellos quedan fuera de dichas clasificaciones, y hasta qué punto los manuales citados han incluido erróneamente algunas situaciones mentales que no constituyen un trastorno. Este último aspecto ha sido el más analizado: se refiere al problema de la «sobreinclusión» o de los «diagnósticos positivos falsos». Los criterios diagnósticos propuestos para algunos trastornos mentales son *demasiado laxos*, puesto que algunas situaciones mentales específicas pueden satisfacerlos sin constituir –aparentemente– expresión de un trastorno. Wakefield ha argumentado de acuerdo con esta línea de razonamiento respecto a muchos procesos mentales, como el trastorno depresivo mayor, el trastorno del comportamiento y la fobia social.

Wakefield ha vinculado de manera constante el problema de la validez conceptual del diagnóstico de un trastorno (¿estamos diagnosticando realmente un tras-

torno?) con el problema fundamental de la *fiabilidad* del diagnóstico. Siguiendo la recomendación de Hempel, los manuales diagnósticos han perseguido una descripción de los síntomas lo más puramente observacional posible, sin formular hipótesis respecto a la etiología. De esa manera, se intentó establecer (especialmente en el caso del DSM) una composición del síndrome lo más algorítmica posible desde el punto de vista aritmético (recuentos más o menos complicados de los síntomas). Wakefield ha manifestado que esta metodología separa efectivamente de su contexto a los estados y comportamientos mentales problemáticos, sin tener en cuenta si constituyen genuinos trastornos que implican disfunción o si, por el contrario, son respuestas «normales» frente a las adversidades o se originan en mecanismos comprensibles en función del aprendizaje normal.

¿Ayuda el análisis de Wakefield a caracterizar los «trastornos genuinos»? En su forma abreviada, su análisis es el siguiente: trastorno mental = disfunción perjudicial. Esta forma abreviada es trivial, puesto que sustituye el término de «trastorno» por el de «disfunción», y no se debe confundir con la versión completa y no trivial: trastorno mental = fracaso perjudicial de un mecanismo natural –mental o conductual– para actuar del modo diseñado a través de la evolución. ¿Puede este enfoque resolver

el problema de la validez conceptual en los manuales psiquiátricos? ¿Puede ser utilizado para conseguir una validez mayor de los conjuntos de criterios diagnósticos, al excluir los estados mentales que no constituyen un trastorno mental?

Es posible que el análisis de Wakefield respecto al «trastorno mental» sea conceptualmente correcto. He manifestado en otra publicación que esto no es así (1), pero las razones son demasiado extensas para ofrecerlas en esta nota. En cualquier caso, vale la pena señalar que nadie ha llevado a cabo una definición de carácter tan riguroso y que sea mejor. Así, ¿debería ser tenida en cuenta para las nuevas revisiones de los manuales diagnósticos, DSM-V y CIE-11?

El problema en esta cuestión es bastante obvio y ya está implícito en los propios argumentos de Wakefield: el hecho de que la fiabilidad quedaría gravemente amenazada. Para poder determinar que un estado mental es un *trastorno*, tendría que demostrarse que se produce a consecuencia del «fracaso de un mecanismo natural, mental o conductual, para funcionar según ha sido diseñado por la evolución» (o, al menos, debería lograrse un consenso acerca de ello). Sin embargo, ¿con qué podría ser comparado dicho fracaso? Los especialistas en comportamiento que trabajan sobre un marco teórico evolutivo han propuesto que el fracaso

de la función (en el sentido de Wakefield, como mecanismo para la aparición de estados perjudiciales) se puede comparar, por ejemplo, con el desequilibrio entre el diseño evolutivo y el entorno actual, o con el aprendizaje no adaptado (*maladaptive learning*) (2, 3). Si este tipo de contrastes fuera el adecuado, sería necesario esperar hasta que la ciencia pueda establecer qué tipos o subtipos de problemas constituyen «trastornos genuinos» en el sentido del análisis de Wakefield y cuáles no los constituyen. Mientras tanto, durante lo que podría ser una larga espera, se necesitaría *otra denominación* para los problemas, una denominación que no fuera la de *trastorno* (en el sentido explicado por Wakefield), sino quizás –por ejemplo– la de *problema de salud mental*, cuyos criterios tendrían que poseer la fiabilidad suficiente para ser utilizados en estudios de investigación apropiados y generalizables. Habría que volver a donde estamos, con un nuevo cambio de denominación.

Si siguiéramos por esta vía, podríamos determinar finalmente qué estados mentales son «trastornos» (en función del análisis teórico evolutivo de Wakefield) y qué estados mentales no lo son. Wakefield acepta que los estados mentales que no son trastornos pueden estar asociados a perjuicios y a riesgo de perjuicios. Por lo tanto, también requerirían tratamiento (en un

sentido amplio, incluyendo, por ejemplo, el seguimiento atento). Es posible, incluso, que los perjuicios o riesgos asociados a las variantes que no son trastornos sean tan importantes como los correspondientes a los «trastornos genuinos». Esto no se podrá esclarecer mediante disquisiciones teóricas, sino a través de investigaciones empíricas. Debería disponerse de un manual de «trastornos mentales y problemas de salud mental relacionados» (que es similar al título completo de la CIE) en el que la diferencia entre ambos conceptos fuera menos importante que los perjuicios y riesgos asociados y que la consiguiente necesidad de evaluación clínica e investigación. La definición teórica fundamentada en los aspectos evolutivos no tendría mucho valor en la práctica, debido a que lo que dirige realmente la práctica clínica es la combinación de perjuicios y riesgo.

Bibliografía

1. Bolton D. What is mental disorder? An essay in philosophy, science and values. Oxford: Oxford University Press (in press).
2. Cosmides L, Tooby J. Toward an evolutionary taxonomy of treatable conditions. *J Abnorm Psychol* 1999;108:453-64.
3. Richters JE, Hinshaw SP. The abduction of disorder in psychiatry. *J Abnorm Psychol* 1999;108:438-45.

La Psiquiatría cultural y el parámetro restrictivo de Wakefield

IAN GOLD¹, LAURENCE J. KIRMAYER²

¹Department of Philosophy y ²Division of Social and Transcultural Psychiatry, Department of Psychiatry, McGill University, Montreal, Quebec, Canada

Jerome Wakefield ha introducido un concepto de trastorno mental que pretende constituir un método para diferenciar los trastornos psiquiátricos genuinos de los «problemas vitales». Señala que es posible eliminar el componente normativo de una enfermedad y brindar una noción de disfunción que es un «concepto científico puramente fáctico». Según el análisis de la disfunción perjudicial de Wakefield, un estado

mental constituye un trastorno mental si, y sólo si, existe una desviación respecto a una función natural y dicha desviación es perjudicial. La función natural se define como la seleccionada por la evolución. En esta nota se ofrecen cuatro razones para poner en duda la posibilidad de que la función natural pueda ser determinada a través de una aplicación de la teoría evolutiva, lo que también pone en cuestión la validez del análisis de la disfunción perjudicial.

En primer lugar, el límite existente entre función y disfunción es indeterminado. Aunque algunos rasgos o estados muestran puntos de rareza o transiciones abruptas, en muchos casos la función y la disfunción psicológicas se manifiestan en forma de un

espectro. Por ejemplo, algunas personas presentan de manera natural una ansiedad mayor que otras. ¿A qué distancia de la normalidad estadística debe situarse una función para ser considerada una disfunción? Es difícil determinar cómo podría responderse a esta pregunta sin apelar a la noción de una desviación que sea perjudicial o indeseable. Además, las nociones de trastorno mental existentes en muchas culturas están vinculadas estrechamente con los comportamientos sociales inapropiados o problemáticos, no con las nociones de funcionamiento interno (psicológico o fisiológico) (1, 2). Sin embargo, esta forma de contemplar la disfunción anula el supuesto componente fáctico del análisis de la disfunción perjudicial y lo convierte en un componente normativo.

En segundo lugar, la función natural puede no ser la función real. La existencia de muchos rasgos se puede explicar no por el incremento de la adaptación, sino por el conservadurismo evolutivo. Un rasgo puede existir en una especie debido a que

ya existía en los ancestros evolutivos de la especie y se conservó simplemente porque no era perjudicial o porque pertenecía intrínsecamente a los mecanismos de desarrollo (3). De la misma manera, algunos rasgos humanos físicos y psicológicos se pueden explicar mejor por el hecho de que dieron lugar a alguna ventaja adaptativa en un ancestro evolutivo de nuestra especie, más que en nosotros mismos. La función natural de un sistema, en el sentido atribuido por Wakefield, puede tener poco que ver con su función actual.

En tercer lugar, la función cerebral natural puede no ser la función cerebral real. La plasticidad neural posibilita la divergencia entre la función natural y la función real, lo que probablemente ocurra en mayor medida en un trastorno psiquiátrico. Por ejemplo, en la mayor parte de los seres humanos la función de la corteza visual primaria es la extracción de información visual respecto al mundo externo, a partir del estímulo luminoso. Sin embargo, en las personas que han perdido la vista (y que carecen de experiencia con el sistema Braille), la corteza visual primaria responde a la información táctil (4). Aparentemente, la corteza visual primaria está más relacionada con el estímulo que con las presiones de selección. Si hubiera un virus que dejara ciegos a todos los seres humanos, la función real de la corteza visual primaria pasaría a ser inmediatamente la percepción de la información táctil y los trastornos de la corteza visual primaria no tendrían nada que ver con la función para la cual ésta había sido diseñada. Aunque este ejemplo es extremo, destaca el hecho de que la función cerebral depende significativamente del entorno.

En cuarto lugar, la función y la disfunción mentales dependen básicamente de la cultura. ¿Podría haber sufrido uno de los primeros homínidos un trastorno por déficit de atención con hiperactividad? El establecimiento de este diagnóstico está en función de las tareas a las que la sociedad considera necesario prestar atención. La capacidad para permanecer sentado durante largas horas en un aula constituye una parte significativa de lo que en la actualidad se considera una atención normal. Dado que los primeros homínidos infantiles no tenían esta exigencia, podría considerarse que la atención de un niño homínido era normal incluso si sus funciones de atención hubieran sido, en términos biológicos, idénticas a las de un niño actual con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. No se puede considerar que dicho niño homínido presentaba una disfunción perjudicial. Afirmarlo sería dar por sentado un concepto absoluto de función y disfunción. En cambio, el concepto de función mental normal varía en parte con las exigencias que la cultura

ejerce sobre la mente. No se puede determinar únicamente sobre la base de la teoría de la evolución.

Tal como señala Wakefield, la cultura ejerce efectos profundos sobre la experiencia y la expresión de los síntomas, de manera que puede dificultar la aplicación de los criterios diagnósticos fundamentados en los síntomas (5). Sin embargo, la cultura puede ir claramente más allá e influir sobre los mecanismos de los trastornos psiquiátricos. Por ejemplo, en Camboya el síntoma de mareo puede indicar una crisis «vital», («*wind*» *attack*), una enfermedad potencialmente grave (6). Así, en Camboya, los mareos secundarios al ortostatismo, que aparecen en ocasiones cuando el individuo se pone en pie, pueden dar lugar a una crisis de angustia. Un canadiense cuyas funciones mentales fueran idénticas nunca sufriría una crisis de angustia ante esas circunstancias, debido a que carece de las creencias pertinentes. Puede afirmarse, entonces, que el camboyano padece un trastorno y el canadiense no, y esta distinción está basada exclusivamente en diferencias culturales. De nuevo, sería un error considerar que el canadiense y el camboyano sufren la misma disfunción, pero que ésta sólo es perjudicial para el segundo. La disfunción específica depende básicamente de las actividades exigidas que, a su vez, dependen de la cultura.

La Psiquiatría es una disciplina joven. Wakefield pretende que se postre ante un parámetro restrictivo y que deseche los elementos que no se ajustan adecuadamente a una concepción evolutiva de la disfunción. Sin embargo, no hay ninguna razón por la que la Psiquiatría tendría que reducirse para adaptarse a dicho parámetro, especialmente cuando se sabe tan poco

acerca de los trastornos mentales. Por el contrario, deberían ampliarse sus dominios teóricos y prácticos, para comprender los problemas del desarrollo en los contextos evolutivo y social. En respuesta al planteamiento de Wakefield de que sin herramientas como el análisis de la disfunción perjudicial será imposible evaluar los criterios diagnósticos, proponemos una «base» alternativa al mencionado análisis: una concepción integrada de la función mental, sensible a una amplia gama de consideraciones, desde la teoría evolutiva y la neurobiología, hasta el contexto cultural y el análisis sistemático del papel que desempeñan las funciones sociales en la consideración de los cuadros diagnósticos.

Bibliografía

1. Haslam N. Dimensions of folk psychiatry. *Rev Gen Psychol* 2005;9:35-47.
2. Glovsky V, Haslam N. Acculturation and changing concepts of mental disorder: Brazilians in the USA. *Transcult Psychiatry* 2003;40:50-61.
3. Chittka L, Briscoe A. Why sensory ecology needs to become more evolutionary - insect color vision as a case in point. In: Barth DG, Schmid A (eds). *The ecology of sensing*. Berlin: Springer, 2001:19-38.
4. Sadato N, Okada T, Kubota K et al. Tactile discrimination activates the visual cortex of the recently blind naive to Braille: a functional magnetic resonance imaging study in humans. *Neurosci Lett* 2004;359:49-52.
5. Kirmayer LJ. Culture, context and experience in psychiatric diagnosis. *Psychopathology* 2005;38:192-6.
6. Hinton DE, Pich V, Safren SA et al. Anxiety sensitivity among Cambodian refugees with panic disorder: a factor analytic investigation. *J Anxiety Disord* 2006;20:281-95.

El concepto de trastorno mental: una perspectiva africana

FRANK NJENGA

Upper Hill Medical Center, Nairobi, Kenya

El concepto de trastorno mental está determinado por muchos factores, como el contexto histórico, la influencia cultural, el nivel de los conocimientos científicos y la capacidad para llevar a cabo estudios cien-

tíficos, el grado de instrucción (en determinadas circunstancias), etc. Al diseñar un método de clasificación de los trastornos mentales, la primera tarea del experto es reflejar el grado de conocimientos sobre la materia, vigente al momento de realizar la clasificación, teniendo presente que, al cabo de un cierto período de tiempo, algunos de los factores señalados podrían pre-

sentar cambios importantes. Debido a estos cambios, es posible que lo que en una edición del sistema de clasificación de los trastornos mentales constituía claramente un trastorno, no sea considerado un trastorno en la siguiente edición, unas pocas décadas después.

En las primeras ediciones del DSM la homosexualidad se consideraba claramente un trastorno mental y, por extensión, un trastorno que requería tratamiento médico. En las culturas occidentales, cualquier sugerencia de que la homosexualidad o el lesbianismo constituyan un cuadro anormal, atraería en la actualidad las iras de la sociedad. Sin embargo, la situación en África es muy diferente, y muchos africanos todavía contemplan a los homosexuales y a las lesbianas como personas «mentalmente enfermas», debido a que su orientación sexual es contraria al orden de la naturaleza. En este sentido, se podría considerar que los africanos «no están civilizados» o que son personas cuyas creencias culturales no cambian con el transcurso del tiempo, tal como ha ocurrido en los países occidentales.

Una situación similar, aunque en cierto modo opuesta, se observa respecto a la circuncisión de las mujeres (una práctica que también se ha denominado mutilación genital femenina). En África hay todavía extensas áreas en las que se practica dicha mutilación, posiblemente –y en parte– para curar lo que los médicos de la época victoriana denominaban el «orgasmo clitorídeo», una enfermedad que requería tratamiento quirúrgico preventivo. Muchos africanos defienden esta tradición cultural con igual vigor que los que la atacan. Estos últimos son los que consideran que la mutilación de los genitales de mujeres jóvenes y niñas constituye una aberración mental.

La anorexia nerviosa es una de las causas principales de morbilidad y mortalidad en las adolescentes de los países occidentales. Crisp *et al.* (1) observaron una prevalencia de un caso por cada 200 niñas que asistían a colegios privados, mientras que entre las chicas de 16 o más años de edad esta prevalencia ascendía hasta un caso grave por cada 100 adolescentes. En África, este trastorno es prácticamente desconocido. Njenga y Kang'ethe (2) publicaron un estudio realizado en Kenya, cuya conclusión fue que «en un período acumulado de

320 años de práctica clínica, los psiquiatras de Kenia atendieron 20 casos de anorexia nerviosa». Hulley *et al.* (3) estudiaron un grupo de mujeres deportistas keniatas y británicas y concluyeron que «los efectos de la cultura fueron evidentes: las mujeres británicas mostraron una insatisfacción mayor con su peso corporal y su silueta, así como un número significativamente mayor de trastornos de la conducta alimentaria y de problemas psicopatológicos asociados, en comparación con las mujeres keniatas».

Por todo ello, ¿quién está engañando a quién? ¿Es el rechazo a la ingestión de comida por parte de adolescentes blancas «mimadas» una enfermedad o una simple estupidez? El intento de explicar a una mujer africana y a su hija, ambas hambrientas, que hay niñas en los países occidentales que fallecen debido a que rechazan el consumo de alimento queda más allá de toda razón y lógica: no tendría sentido considerar que se debe a un trastorno mental; sin embargo, en los países occidentales no hay lugar para esta discusión.

De hecho, la anorexia nerviosa plantea muchos interrogantes respecto a su causa y sus orígenes. ¿Es un problema primariamente genético o se debe al concepto social de la persecución de la delgadez como algo necesario para las mujeres de las sociedades occidentales? ¿Responde a una combinación de ambos factores? ¿Debería concluirse que el cumplimiento de una pauta cultural, tal como la creencia de que la delgadez es buena, es evidencia de un trastorno mental debido a que causa mortalidad y morbilidad? ¿Hasta qué grado de intensidad el deseo de delgadez corporal se puede considerar «normal» y a partir de qué grado se debe considerar patológico, y quién decide acerca de ello? ¿Son estos problemas de origen cultural o biológico? La cuestión de los sistemas de clasificación dimensionales y categoriales entra claramente en escena. Sin embargo, el punto de vista africano es nítido. Cuando hay comida, hay que consumirla toda.

Históricamente, se consideraba que los africanos eran como «europeos lobotomizados» (4), debido a que tenían un cerebro más pequeño y a que su deseo de liberarse de la colonización francesa era una prueba irrefutable de trastorno mental, un «hecho» que se enseñaba en las universidades

francesas durante la década de 1960 (5). Ningún psiquiatra de la actualidad cree en un «hecho» como el que se acaba de señalar, pero en las décadas de 1950 y 1960 ésta era la realidad aceptada por los hombres y mujeres de ciencia bien formados y de alto nivel. Por lo tanto, con el conocimiento de estas circunstancias, debemos aproximarnos con prudencia y humildad al problema de los trastornos mentales, dado que dentro de una o dos generaciones podríamos ser considerados de la misma forma en que ahora consideramos a Carothers, que sostuvo la hipótesis mencionada (4).

Sin embargo, dicho esto, es necesario juntar coraje y hacer lo que han hecho las personas desde siempre: generar orden a partir del caos, lo que –en última instancia– constituye el objetivo y la función últimos de un sistema de clasificación. Por lo tanto, nuestro deber respecto a la posteridad es utilizar las mejores herramientas existentes para llevar a cabo un proceso de ordenación, de manera que –incluso si nos «equivocamos» a los ojos de la próxima generación– podamos permanecer firmes y erguidos, comprendiendo que ningún sistema de clasificación permanecerá sin modificaciones para siempre. Por todo ello, parece evidente que el concepto de qué constituye un trastorno mental y qué no lo constituye es de tipo dinámico y sufrirá modificaciones a lo largo del tiempo y entre las distintas culturas, y –tal como ha ocurrido en el caso de la homosexualidad– de una generación a otra.

World Psychiatry 2007; 6:157-167

Bibliografía

1. Crisp AH, Palmer RL, Kalucy RS. How common is anorexia nervosa? A prevalence study. *Br J Psychiatry* 1976;128:549-54.
2. Njenga FG, Kang'ethe RK. Anorexia nervosa in Kenya. *East Afr Med J* 2004;81:188-93.
3. Hulley A, Currie A, Njenga F et al. Eating disorders in elite female distance runners: effects of nationality and running environment. *Psychology of Sport and Exercise* 2007;8:521-33.
4. Carothers JC. Frontal lobe function and the African. *J Ment Sci* 1951;97:12-48.
5. Fanon F. *The wretched of the earth*. London: Penguin Books, 1963.

Distribución de la prevalencia a lo largo de la vida y de la edad de inicio de los trastornos mentales en la World Mental Health Survey Initiative de la Organización Mundial de la Salud

RONALD C. KESSLER¹, MATTHIAS ANGERMEYER², JAMES C. ANTHONY³, RON DE GRAAF⁴, KOEN DEMYTTENAERE⁵, ISABELLE GASQUET⁶, GIOVANNI DE GIROLAMO⁷, SEMYON GLUZMAN⁸, OYE GUREJE⁹, JOSEP MARIA HARO¹⁰, NORITO KAWAKAMI¹¹, AIMEE KARAM¹², DAPHNA LEVINSON¹³, MARIA ELENA MEDINA MORA¹⁴, MARK A. OAKLEY BROWNE¹⁵, JOSÉ POSADA-VILLA¹⁶, DAN J. STEIN¹⁷, CHEUK HIM ADLEY TSANG¹⁸, SERGIO AGUILAR-GAXIOLA¹⁹, JORDI ALONSO²⁰, SING LEE²¹, STEVEN HEERINGA²², BETH-ELLEN PENNELL²², PATRICIA BERGLUND²², MICHAEL J. GRUBER¹, MARIA PETUKHOVA¹, SOMNATH CHATTERJI²³, T. BEDIRHAN ÜSTÜN²³, EN NOMBRE DEL WORLD MENTAL HEALTH SURVEY CONSORTIUM DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

¹Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, 180 Longwood Avenue, Boston, MA 02115, USA; ²Department of Psychiatry, University of Leipzig, Germany; ³Department of Epidemiology, Michigan State University, East Lansing, MI, USA; ⁴Netherlands Institute of Mental Health and Addiction, Utrecht, The Netherlands; ⁵Department of Neurosciences and Psychiatry, University Hospital Gasthuisberg, Leuven, Belgium; ⁶Hôpitaux de Paris, Paris, France; ⁷Department of Mental Health, Local Health Unit, Bologna, Italy; ⁸Ukrainian Psychiatric Association, Kiev, Ucrania; ⁹Department of Psychiatry, University College Hospital, Ibadan, Nigeria; ¹⁰Sant Joan de Deu - Mental Health Services, Barcelona, Spain; ¹¹Department of Mental Health, University of Tokyo Graduate School of Medicine, Tokyo, Japan; ¹²Institute for Development, Research, Advocacy and Applied Care (IDRAAC), Beirut, Lebanon; ¹³Research and Planning, Mental Health Services, Ministry of Health, Jerusalem, Israel; ¹⁴Department of Epidemiology, National Institute of Psychiatry, Mexico City, Mexico; ¹⁵Department of Rural and Indigenous Health, School of Rural Health, Faculty of Medicine, Nursing and Health Sciences, Monash University, Victoria, Australia; ¹⁶Colegio Mayor de Cundinamarca University, Saldarriaga Concha Foundation, Bogota, Colombia; ¹⁷Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town, South Africa; ¹⁸Hong Kong Mood Disorders Centre, Hong Kong, People's Republic of China; ¹⁹Center for Reducing Health Disparities, UC Davis School of Medicine, Sacramento, CA, USA; ²⁰Health Services Research Unit, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), Barcelona, Spain; ²¹Department of Psychiatry, Chinese University of Hong Kong, People's Republic of China; ²²Institute for Social Research, University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA; ²³Global Programme on Evidence for Health Policy, World Health Organization, Geneva, Switzerland

En este artículo se ofrecen los datos relativos a la distribución de la prevalencia a lo largo de la vida, del riesgo proyectado a lo largo de la vida y de la edad de inicio de los trastornos mentales, obtenidos en las encuestas World Mental Health (WMH) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se llevaron a cabo encuestas cara a cara en el ámbito comunitario de 17 países de África, Asia, el continente americano, Europa y Oriente Medio. El número total de encuestados que respondieron fue de 85.052. La prevalencia a lo largo de la vida, el riesgo proyectado a lo largo de la vida y la edad de inicio de los trastornos mentales recogidos en el DSM-IV fueron evaluados a través de la Composite International Diagnostic Interview (CIDI) de la OMS, una entrevista diagnóstica que puede ser administrada por personas sin cualificación especial. Para la estimación del riesgo a lo largo de la vida se utilizó el análisis de la supervivencia. La mediana y el rango intercuartílico (IQR) de la edad de inicio indicaron una edad de inicio muy temprana respecto a algunos trastornos de ansiedad (7-14; IQR: 8-11) y a los trastornos del control de los impulsos (7-15; IQR: 11-12). La distribución de la edad de inicio fue mayor para los trastornos del estado de ánimo (29-43; IQR: 35-40), otros trastornos de ansiedad (24-50; IQR: 31-41) y los trastornos relacionados con sustancias (18-29; IQR: 21-26). La mediana y el IQR de las estimaciones de la prevalencia a lo largo de la vida fueron los siguientes: trastornos de ansiedad, 4,8-31,0% (IQR: 9,9-16,7%); trastornos del estado de ánimo, 3,3-21,4% (IQR: 9,8-15,8%); trastornos del control de los impulsos, 0,3-25,0% (IQR: 3,1-5,7%); trastornos relacionados con sustancias, 1,3-15,0% (IQR: 4,8-9,6%), y cualquier trastorno, 12,0-47,4% (IQR: 18,1-36,1%). El riesgo proyectado a lo largo de la vida fue proporcionalmente superior (17-69%) a la prevalencia estimada a lo largo de la vida (IQR: 28-44%), y las proporciones mayores se observaron en los países expuestos a violencia sectaria (Israel, Nigeria y Sudáfrica), al tiempo que se observó una tendencia general hacia el incremento del riesgo proyectado en las cohortes recientes de todos los países. Estos resultados demuestran claramente que los trastornos mentales son muy frecuentes. Dado que muchos trastornos mentales se inician durante la niñez y la adolescencia, las intervenciones dirigidas hacia la detección y el tratamiento tempranos podrían ser útiles para reducir la persistencia o la gravedad de los trastornos primarios, y para prevenir la aparición posterior de los trastornos secundarios.

Palabras clave: trastornos mentales, prevalencia a lo largo de la vida, riesgo proyectado a lo largo de la vida, distribución de la edad de inicio.

Aunque las encuestas epidemiológicas psiquiátricas se realizan desde la Segunda Guerra Mundial (1), la inexistencia de un formato común para el establecimiento del diagnóstico ha dificultado las comparaciones transnacionales. Sin embargo, esta situación cambió a principios de la década de 1980 con el desarrollo de entrevistas diagnósticas de investigación plenamente estructuradas (2) y con la implementación en muchos países de encuestas epidemiológicas psiquiátricas a gran escala (3-5). La Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló un instrumento diagnóstico, la Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (6, 7), fundamentada en amplios estudios de campo transnacionales, para su aplicación en los estudios epidemiológicos de carácter transnacional (8-14). En 1998 la OMS creó el Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica (International Con-

sortium in Psychiatric Epidemiology, ICPE) para coordinar los análisis comparativos de estos estudios. El ICPE puso en marcha, poco después, la World Mental Health (WMH) Survey Initiative de la OMS, para la realización de encuestas CIDI coordinadas en todas las partes del mundo. En este artículo se recogen los primeros resultados transnacionales relativos a la edad de inicio, la prevalencia a lo largo de la vida y el riesgo proyectado a lo largo de la vida respecto a los trastornos mentales, obtenidos en las 17 encuestas WMH completadas hasta el momento.

Los responsables de las políticas sanitarias necesitan de manera urgente datos de este tipo para evaluar la carga social de los trastornos mentales, las necesidades terapéuticas aún no cubiertas y las barreras existentes para la realización de tratamientos eficaces. Estos datos son especialmente importantes dados los da-

tos obtenidos en el Global Burden of Disease Study de la OMS, que muestran que los trastornos mentales constituyen una carga enorme en todo el mundo debido a la combinación de alta prevalencia y elevado grado de discapacidad (15), junto con la comprobación de que –a pesar de la aplicación de tratamientos eficaces– sigue habiendo en todo el mundo una necesidad sustancial de tratamiento que aún no ha sido cubierta (16). Aunque en estudios previos se ha observado que son elevadas las distribuciones de la prevalencia a lo largo de la vida y de la edad de inicio generalmente temprana respecto a los trastornos mentales, en estos estudios no se efectuaron comparaciones sistemáticas entre trastornos específicos, con respecto a la edad de inicio. Estas comparaciones son importantes para abordar las intervenciones terapéuticas tempranas, que son consideradas, cada vez más, como elementos clave de una eficaz respuesta de salud pública frente a los trastornos mentales (17-19). Los estudios previos también se han centrado en la prevalencia a lo largo de la vida (la proporción de la población que sufre un trastorno a lo largo de su vida, hasta el momento de la realización de la entrevista) más que en el riesgo proyectado a lo largo de la vida (la proporción estimada de la población que sufrirá un trastorno a lo largo de toda su vida), a pesar de que este último parámetro es más importante para la planificación política. En nuestro estudio se han considerado tanto la prevalencia como el riesgo.

MÉTODOS

Muestras

Las encuestas WMH se realizaron en África (Nigeria, Sudáfrica); América del Sur (Colombia, México); América del Norte (Estados Unidos); Asia y la zona del Pacífico (Japón, Nueva Zelanda, Pekín y Shanghai en la República Popular China [a partir de ahora denominada RPC metropolitana]); Europa (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda, España, Ucrania) (20), y Oriente Medio (Israel, Líbano). Siete de estos países son considerados por el Banco Mundial como países en desarrollo (China, Colombia, Líbano, México, Nigeria, Sudáfrica, Ucrania), mientras que los países restantes son considerados como desarrollados (21).

La mayoría de las encuestas WMH se llevó a cabo en varias etapas sobre muestras probabilísticas estratificadas de hogares, agrupadas por áreas. En la primera etapa se seleccionaron muestras de áreas equivalentes a distritos o municipios estadounidenses, y a continuación se llevaron a cabo una o más fases de muestreo geográfico (p. ej., ciudades dentro de los distritos, barrios de las ciudades, hogares de los barrios) hasta conseguir una muestra de hogares. En cada una de estas encuestas se generó un listado de los miembros de los hogares, y para cada entrevista fueron seleccionadas una o dos personas. No se permitió ninguna sustitución en los casos en los que no fue posible la entrevista con el residente del hogar seleccionado originalmente. Las muestras de los hogares fueron seleccionadas en todos los países a través de los datos de los censos, excepto en Francia (en donde se utilizaron guías telefónicas) y en Holanda (en donde se utilizaron direcciones postales). En varias encuestas WMH (Bélgica, Alemania, Italia) se utilizaron los registros de los residentes en cada municipio para seleccionar a las personas que se debía entrevistar, sin analizar la composición de los hogares. La muestra japonesa fue la única que no fue agrupada: en ella, los hogares se seleccionaron al azar en cada una de las cuatro áreas de muestreo, y en cada hogar se seleccionó al azar una persona para ser entrevistada. Nueve de las 17 encuestas estuvieron fundamentadas en muestras de hogares representativos de todo el país, mientras que otras dos encuestas se realizaron sobre muestras de hogares de áreas urbanizadas representativas del país (Colombia, México).

Todas las encuestas fueron realizadas cara a cara por entrevistadores entrenados, en varias etapas, sobre muestras probabilísticas de hogares, con un total de 85.052 encuestados. El número de encuestas por país osciló entre 2.372 (Holanda) y 12.992 (Nueva Zelanda). La tasa promedio de respuesta transnacional ponderada fue del 71,1%, con un intervalo de 45,9-87,7% (tabla 1).

En la Parte I de la entrevista, completada por todos los encuestados, se evaluaron los diagnósticos básicos. Todos los encuestados que cumplieran en la Parte I los criterios de algún diagnóstico, más una submuestra probabilística correspondiente a otros encuestados de la Parte I de la entrevista, participaron en la Parte II, en la que se evaluaron los trastornos de interés secundario y una amplia gama de correlatos. Los datos de la Parte I fueron ponderados a fin de realizar el ajuste para las probabilidades diferenciales de selección y para equiparar las distribuciones de la población respecto a los datos sociodemográficos y geográficos. La muestra que participó en la Parte II fue ponderada adicionalmente respecto al sobremuestreo de los encuestados que participaron en la Parte I y que presentaban trastornos mentales básicos. La entrevista y otros materiales de estudio fueron traducidos según los protocolos estandarizados de traducción y de retrotraducción de la OMS. En todas las encuestas se utilizaron procedimientos similares para la formación de los entrevistadores y para el control de la calidad (22, 23). En todos los países se obtuvo el consentimiento informado de los participantes mediante los procedimientos aprobados por comisiones locales de revisión institucional (Institutional Review Boards, IRB).

Parámetros

Los diagnósticos estuvieron fundamentados en la versión 3.0 de la CIDI (24), que está basada en diagnósticos de la CIE-10 (25) y del DSM-IV (26). En este artículo se han utilizado los criterios del DSM-IV, para facilitar las comparaciones con las encuestas epidemiológicas previas. Los diagnósticos fundamentales fueron trastornos de ansiedad (trastorno de angustia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático y trastorno de ansiedad por separación), trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I o II, y trastorno bipolar no especificado), trastornos del control de los impulsos (trastorno explosivo intermitente, trastorno negativista desafiante, trastorno de comportamiento perturbador, trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y trastornos relacionados con sustancias (abuso de alcohol y sustancias, con dependencia o sin ella). No todos los trastornos fueron evaluados en todos los países. En los países europeos occidentales no se evaluaron los trastornos bipolares ni la dependencia de sustancias. Sólo en tres países (Colombia, México y Estados Unidos) se evaluaron todos los trastornos del control de los impulsos.

Los trastornos en los que era necesario el criterio de inicio durante la niñez (trastorno negativista desafiante, trastorno de comportamiento perturbador y trastorno por déficit de atención con hiperactividad) fueron incluidos en la Parte II, y su evaluación se limitó a los encuestados de 18 a 39/44 años de edad, debido a la preocupación por el sesgo de recuerdo entre los encuestados de mayor edad. El resto de los trastornos fue evaluado en todo el espectro de edades de la muestra. Se utilizaron reglas de exclusión de enfermedades orgánicas y reglas de jerarquía para establecer todos los diagnósticos, excepto los correspondientes a los trastornos relacionados con sustancias, en los que el diagnóstico se estableció sin reglas de jerarquía, debido a que el abuso de sustancias es a menudo una fase en la progresión hacia la dependencia. En estudios de calibración clínica (27) efectuados previamente se ha observado que la CIDI presenta generalmente una validez apro-

Tabla 1. Características de la muestra de las encuestas World Mental Health

País	Encuesta	Fechas del trabajo de campo	Intervalo de edades	Tamaño de la muestra			Tasa de respuesta
				Parte I	Parte II	Parte II y edad ≤ 44 ^a	
Alemania	ESEMeD	2002-3	18+	3.555	1.323	621	57,8
Bélgica	ESEMeD	2001-2	18+	2.419	1.043	486	50,6
Colombia	NSMH	2003	18-65	4.426	2.381	1.731	87,7
España	ESEMeD	2001-2	18+	5.473	2.121	960	78,6
EE.UU.	NCS-R	2002-3	18+	9.282	5.692	3.197	70,9
Francia	ESEMeD	2001-2	18+	2.894	1.436	727	45,9
Holanda	ESEMeD	2002-3	18+	2.372	1.094	516	56,4
Israel	NHS	2002-4	21+	4.859	–	–	72,6
Italia	ESEMeD	2001-2	18+	4.712	1.779	853	71,3
Japón	WMHJ 2002-2003	2002-3	20+	2.436	887	282	56,4
Líbano	LEBANON	2002-3	18+	2.857	1.031	595	70,0
México	M-NCS	2001-2	18-65	5.782	2.362	1.736	76,6
Nigeria	NSMHW	2002-3	18+	6.752	2.143	1.203	79,3
Nueva Zelanda	NZMHS	2004-5	16+	12.992	7.435	4.242	73,3
República Popular China	B-WMH/S-WMH	2002-3	18+	5.201	1.628	570	74,7
Sudáfrica	SASH	2003-4	18+	4.315	–	–	87,1
Ucrania	CMDPSD	2002	18+	4.725	1.720	541	78,3

ESEMeD: European Study of the Epidemiology of Mental Disorders; NSMH: Colombian National Study of Mental Health; NHS: Israel National Health Survey; WMHJ 2002-2003: World Mental Health Japan Survey; LEBANON: Lebanese Evaluation of the Burden of Ailments and Needs of the Nation; M-NCS: Mexico National Comorbidity Survey; NZMHS: New Zealand Mental Health Survey; NSMHW: Nigerian Survey of Mental Health and Wellbeing; B-WMH: Beijing World Mental Health Survey; S-WMH: Shanghai World Mental Health Survey; SASH: South Africa Health Survey; CMDPSD: Comorbid Mental Disorders during Periods of Social Disruption; NCS-R: U. S. National Comorbidity Survey Replication.

La tasa de respuesta es el porcentaje de número de hogares en los que se llevó a cabo una entrevista, con respecto al número de hogares incluidos originalmente en la muestra, excluyendo de este último número a aquellos domicilios que no cumplían los criterios de participación debido a que estaban deshabitados en el momento de contacto inicial o debido a que sus residentes no se podrían expresar en los idiomas establecidos para la encuesta.

^aEn todos los países, los encuestados tuvieron una edad ≤ 44 años, con excepción de Nigeria, República Popular China y Ucrania, en los que sólo participaron personas ≤ 39 años de edad.

piada para evaluar estos trastornos, en comparación con las entrevistas de reevaluación clínica a ciegas mediante la Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) (28). Las estimaciones de la prevalencia con la CIDI no fueron superiores a las estimaciones de la prevalencia con la SCID. Las estimaciones retrospectivas de la edad de inicio estuvieron fundamentadas en una serie de preguntas diseñadas para evitar los patrones de respuesta inverosímiles obtenidos mediante la pregunta convencional de la CIDI relativa a la edad de inicio (29). En diversos estudios de investigación se ha demostrado que esta secuencia de preguntas produce respuestas según las cuales la distribución de la edad de inicio es mucho más verosímil que la obtenida a partir de la pregunta convencional relativa a la edad de inicio incluida en la CIDI (30). Las variables predictivas fueron la cohorte (definida en función de las edades de los participantes en el momento de la entrevista, 18-34, 35-49, 50-64, más de 65 años), el sexo, el nivel educativo (estudiantes frente a no estudiantes, con las categorías de nivel educativo bajo, medio-bajo, medio-alto y alto, en función de las distribuciones específicas de cada país). El nivel educativo fue codificado como un valor predictivo que variaba en el tiempo, suponiendo una historia educativa ordenada.

Procedimientos de análisis

La edad de inicio y el riesgo proyectado a lo largo de la vida (hasta los 75 años de edad) se estimaron mediante el método actuarial bilateral implementado en la versión 8.2 del programa informático SAS (31). Los factores predictivos fueron examinados mediante un análisis de la supervivencia en períodos de tiempo separados, utilizando el parámetro persona-año como unidad del análisis (32). Los errores estándar fueron estimados mediante el

método de linealización por series, de Taylor (33) implementado en el sistema informático SUDAAN (34). Se llevaron a cabo pruebas de significación multifactoriales mediante pruebas de la χ^2 de Wald, utilizando matrices de varianza-covarianza con coeficientes basados en el diseño por series de Taylor. Los errores estándar del riesgo a lo largo de la vida fueron estimados mediante el método de remuestreo *jackknife* (35) implementado en una macro del programa informático SAS (31). La significación estadística se estableció en 0,05 y estuvo fundamentada en pruebas con diseño bilateral.

RESULTADOS

Prevalencia a lo largo de la vida

La estimación de la prevalencia a lo largo de la vida respecto al padecimiento de uno o más de los trastornos considerados en este estudio presentó variaciones importantes en las encuestas WMH, desde el 47,4% en Estados Unidos hasta el 12,0% en Nigeria. El rango intercuartílico (IQR; percentiles 25-75 en los distintos países) fue de 18,1-36,1%. Los síntomas congruentes con la existencia de uno o más trastornos mentales a lo largo de la vida fueron señalados por más de la tercera parte de los encuestados en cinco países (Colombia, Francia, Nueva Zelanda, Ucrania, Estados Unidos), por más de la cuarta parte de los encuestados en seis países (Bélgica, Alemania, Líbano, México, Holanda, Sudáfrica), y por más de la sexta parte de los encuestados en cuatro países (Israel, Italia, Japón, España). En los dos países restantes, RPC metropolitana (13,2%) y Nigeria (12,0%) hubo estimaciones de la prevalencia tan bajas que se consideró que posiblemente estaban sesgadas (36, 37). Las estimaciones de la prevalencia en el

resto de los países en desarrollo se situaron en todos los casos por encima del límite inferior del rango intercuartílico (tabla 2).

Las cuatro clases de trastornos fueron componentes importantes de la prevalencia global. Los trastornos de ansiedad presentaron la prevalencia mayor en 10 países (4,8-31,0%; IQR: 9,9-16,7%), y los trastornos del estado de ánimo fueron los que presentaron una prevalencia mayor en todos los países, excepto en uno (3,3-21,4%; IQR: 9,8-15,8%). Los trastornos del control de los impulsos mostraron la menor prevalencia en la mayoría de los países en los que se llevó a cabo una evaluación relativamente completa de esta clase de trastornos (0,3-25,0%; IQR: 3,1-5,7%). Los trastornos relacionados con sustancias fueron, por lo general, los que mostraron una menor prevalencia en todos los países (1,3-15,0%; IQR: 4,8-9,6). Sin embargo, en los países de Europa occidental no se evaluaron los cuadros de abuso o dependencia de sustancias, lo que dio lugar a estimaciones artificialmente bajas de la prevalencia (1,3-8,9%), en comparación con otros países (2,2-15,0%). Además, la dependencia de sustancias sólo fue evaluada en casos de abuso, lo que posiblemente redujo todavía más la prevalencia estimada (38). La aparición simultánea de varios trastornos a lo largo de la vida fue muy frecuente, tal como se puede observar por el hecho de que la suma de la prevalencia de los cuatro tipos de trastornos fue generalmente un 30-50% superior a la prevalencia de cualquiera de ellos. En los resultados que se presentan en este artículo no es posible evaluar la aparición simultánea de los trastornos pertenecientes a la misma clase, pero esta comorbilidad fue incluso superior a la de los trastornos pertenecientes a clases distintas (los autores remiten los resultados a solicitud).

Distribución de la edad de inicio

A pesar de la amplia variación transnacional en la estimación de la prevalencia a lo largo de la vida, se detectó una congruencia transnacional considerable en la distribución estandarizada de la edad de inicio (en este artículo no se presentan los resultados detallados, pero los autores los remiten a solicitud).

Los trastornos del control de los impulsos mostraron los valores más bajos de edad de inicio, tanto en cuanto a las edades medianas más bajas de inicio (7-9 años de edad para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad; 7-15 años para el trastorno negativista desafiante; 9-14 años para el trastorno de comportamiento perturbador, y 13-21 años para el trastorno explosivo intermitente) como en cuanto a un intervalo extremadamente estrecho de edades de riesgo de inicio, de manera que el 80% de todos los casos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad a lo largo de la vida se inició entre los 4 y los 11 años, y la mayoría de los casos de trastorno negativista desafiante y de trastorno de comportamiento perturbador se inició entre los 5 y los 15 años. Aunque la distribución de la edad de inicio del trastorno explosivo intermitente mostró un intervalo de edades más amplio, la mitad de los casos que tuvieron lugar a lo largo de la vida se inició durante la niñez y la adolescencia.

La situación fue más compleja con respecto a los trastornos de ansiedad, debido a que la distribución de la edad de inicio se repartió en dos grupos diferentes. Las fobias y el trastorno de ansiedad por separación presentaron edades de inicio muy tempranas (valores medianos en el intervalo de 7-14; IQR: 8-11). En comparación, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de angustia y el trastorno por estrés posttraumático presentaron edades de inicio mucho más tardías (mediana: 24-50; IQR: 31-41), con variaciones transnacionales mucho mayores que las observadas en los trastornos del control de los impulsos, las fobias o el trastorno de ansiedad por separación.

La distribución de la edad de inicio de los trastornos del estado de ánimo fue similar a la distribución observada en el tras-

torno de ansiedad generalizada, el trastorno de angustia y el trastorno por estrés posttraumático. La prevalencia fue constantemente baja hasta los primeros años de la adolescencia; a partir de allí se produce un rápido y progresivo incremento, que continúa hasta la edad adulta temprana, con un incremento más gradual a partir de entonces. La edad media de inicio de los trastornos del estado de ánimo osciló entre los últimos años del tercer decenio de vida y los primeros del quinto decenio (29-43; IQR: 35-40).

La distribución de la edad de inicio de los trastornos relacionados con sustancias fue equiparable entre los distintos países: fueron pocos los casos que se produjeron antes de promediar la adolescencia, y durante la adolescencia y los primeros años de la edad adulta se produjo un incremento acumulativo en el inicio de casos. No obstante, hubo una variación transnacional considerable en la intensidad de la modificación reflejada en la pendiente de la curva, así como también en el intervalo de edades correspondiente a dicha modificación. Esta variación transnacional dio lugar a una variación transnacional más amplia tanto en la mediana como en el rango intercuartílico de la distribución de la edad de inicio de los trastornos relacionados con sustancias, en comparación con el trastorno de control de los impulsos, las fobias y el trastorno de ansiedad por separación; sin embargo, con respecto a los trastornos del estado de ánimo y a otros trastornos de ansiedad dicha variación fue menor.

Riesgo proyectado a lo largo de la vida

El riesgo proyectado a lo largo de la vida respecto a cualquier trastorno y hasta los 75 años de edad fue entre un 17% (Estados Unidos) y un 69% (Israel) superior a la estimación de la prevalencia a lo largo de la vida (IQR: 28-44%) (tabla 2). Los mayores cocientes riesgo/prevalencia (57-69%) se observaron en países expuestos a violencia de carácter sectario (Israel, Nigeria y Sudáfrica). Al excluir estos tres países, no se observó una diferencia importante en los cocientes de los países en desarrollo (28-41%) en comparación con los correspondientes a los países desarrollados (17-49%). El mayor incremento en el riesgo proyectado correspondió a los trastornos del estado de ánimo (45-170%; IQR: 61-98%), mientras que el incremento menor correspondió a los trastornos del control de los impulsos (0-14%; IQR: 0-2%), lo que es congruente con el hecho de que los primeros presentaron la distribución de edad de inicio más tardía y los segundos, la más temprana. Las estimaciones del riesgo proyectado a lo largo de la vida indicaron que sufriría finalmente un trastorno mental aproximadamente la mitad de la población (47-55%) de seis países (Colombia, Francia, Nueva Zelanda, Sudáfrica, Ucrania, Estados Unidos); aproximadamente la tercera parte de la población (30-43%) de otros seis países (Bélgica, Alemania, Israel, Líbano, México, Holanda); aproximadamente la cuarta parte de la población (24-29%) de otros tres países (Italia, Japón, España), y aproximadamente la quinta parte de la población (18-19%) del resto de los países (RPC metropolitana, Nigeria).

Efectos de cohorte

En estudios previos se ha sugerido que el riesgo proyectado a lo largo de la vida podría ser mayor en las cohortes recientes (39). Son necesarios estudios con seguimiento prospectivo para controlar directamente los efectos de cohorte. Sin embargo, es posible obtener aproximaciones indirectas a través de datos transversales, utilizando para ello datos retrospectivos de la edad de inicio. Este método se aplicó sobre los datos WMH, mediante un análisis de la supervivencia en períodos de tiempo separados para predecir el inicio de los distintos trastornos en las personas de los diferentes grupos de edad: 18-34, 35-49, 50-64, y más de 65 años. Dado que

Tabla 2. Prevalencia a lo largo de la vida y riesgo proyectado a lo largo de la vida de los trastornos del DSM-IV, hasta los 75 años de edad

País	Cualquier trastorno de ansiedad						Cualquier trastorno del estado de ánimo						Cualquier trastorno del control de los impulsos						Cualquier trastorno relacionado con sustancias						Cualquier trastorno					
	Prevalencia			Riesgo proyectado a lo largo de la vida			Prevalencia			Riesgo proyectado a lo largo de la vida			Prevalencia			Riesgo proyectado a lo largo de la vida			Prevalencia			Riesgo proyectado a lo largo de la vida			Prevalencia			Riesgo proyectado a lo largo de la vida		
	%	N ^a	DE	%	DE	%	N ^a	DE	%	DE	%	N ^a	DE	%	DE	%	N ^a	DE	%	DE	%	N ^a	DE	%	DE	%	N ^a	DE	%	DE
Alemania	14,6	314	1,5	16,9	1,7	9,9	372	0,6	16,2	1,3	3,1	31	0,8	3,1	0,8	6,5	228	0,6	8,7	0,9	25,2	573	1,9	33,0	2,5					
Bélgica	13,1	219	1,9	15,7	2,5	14,1	367	1,0	22,8	1,7	5,2	31	1,4	5,2	1,4	8,3	195	0,9	10,5	1,1	29,1	519	2,3	37,1	3,0					
Colombia	25,3	948	1,4	30,9	2,5	14,6	666	0,7	27,2	2,0	9,6	273	0,8	10,3	0,9	9,6	345	0,6	12,8	1,0	39,1	1.432	1,3	55,2 ^d	6,0					
España	9,9	375	1,1	13,3	1,4	10,6	672	0,5	20,8	1,2	2,3	40	0,8	2,3	0,8	3,6	180	0,4	4,6	0,5	19,4	842	1,4	29,0	1,8					
EE.UU.	31,0	2.692	1,0	36,0	1,4	21,4	2.024	0,6	31,4	0,9	25,0	1.051	1,1	25,6	1,1	14,6	1.144	0,6	17,4	0,6	47,4	3.929	1,1	55,3	1,2					
Francia	22,3	445	1,4	26,0	1,6	21,0	648	1,1	30,5	1,4	7,6	71	1,3	7,6	1,3	7,1	202	0,5	8,8	0,6	37,9	847	1,7	47,2	1,6					
Holanda	15,9	320	1,1	21,4	1,8	17,9	476	1,0	28,9	1,9	4,7	37	1,1	4,8	1,1	8,9	210	0,9	11,4	1,2	31,7	633	2,0	42,9	2,5					
Israel	5,2	252	0,3	10,1	0,9	10,7	524	0,5	21,2	1,6	- ^b	-	-	-	5,3	261	0,3	6,3	0,4	17,6	860	0,6	29,7	1,5						
Italia	11,0	328	0,9	13,7	1,2	9,9	452	0,5	17,3	1,2	1,7	27	0,4	- ^c	-	1,3	56	0,2	1,6	0,3	18,1	612	1,1	26,0	1,9					
Japón	6,9	155	0,6	9,2	1,2	7,6	183	0,5	14,1	1,7	2,8	11	1,0	- ^c	-	4,8	69	0,5	6,2	0,7	18,0	343	1,1	24,4	1,8					
Libano	16,7	282	1,6	20,2	1,8	12,6	352	0,9	20,1	1,2	4,4	53	0,9	4,6	1,0	2,2	27	0,8	- ^c	25,8	491	1,9	32,9	2,1						
México	14,3	684	0,9	17,8	1,6	9,2	598	0,5	20,4	1,7	5,7	152	0,6	5,7	0,6	7,8	378	0,5	11,9	1,0	26,1	1.148	1,4	36,4 ^d	2,1					
Nigeria	6,5	169	0,9	7,1	0,9	3,3	236	0,3	8,9	1,2	0,3	9	0,1	- ^c	-	3,7	119	0,4	6,4	1,0	12,0	440	1,0	19,5	1,9					
Nueva Zelanda	24,6	3.171	0,7	30,3	1,5	20,4	2.755	0,5	29,8	0,7	- ^b	-	-	-	12,4	1.767	0,4	14,6	0,5	39,3	4.815	0,9	48,6	1,5						
Rep. Pop. China	4,8	159	0,7	6,0	0,8	3,6	185	0,4	7,3	0,9	4,3	37	0,9	4,9	0,9	4,9	128	0,7	6,1	0,8	13,2	419	1,3	18,0	1,5					
Sudáfrica	15,8	695	0,8	30,1	4,4	9,8	439	0,7	20,0	2,4	- ^b	-	-	-	13,3	505	0,9	17,5	1,2	30,3	1.290	1,1	47,5	3,7						
Ucrania	10,9	371	0,8	17,3	2,0	15,8	814	0,8	25,9	1,5	8,7	91	1,1	9,7	1,3	15,0	293	1,3	18,8	1,7	36,1	1.074	1,5	48,9	2,5					

DE: desviación estándar.

^a Los valores recogidos en esta tabla corresponden al número de encuestados que presentaban los trastornos indicados en el encabezamiento de cada columna. Los denominadores utilizados para el cálculo de las estimaciones de la prevalencia en función de estos números de casos se recogen en la tabla 1. En el caso de los trastornos de ansiedad y de los trastornos relacionados con sustancias, los denominadores corresponden al número de encuestados en la muestra de la Parte II. En el caso de los trastornos del estado de ánimo, los denominadores corresponden al número de encuestados en la muestra de la Parte I. En el caso de los trastornos del control de los impulsos y de cualquier trastorno, los denominadores corresponden al número de encuestados ≤ 44 años de edad en la muestra de la Parte II.

^b No se evaluaron los trastornos del control de los impulsos.

^c El valor fue demasiado pequeño para ser incluido en el análisis.

^d Riesgo proyectado a lo largo de la vida hasta los 65 años de edad, debido a que en la muestra sólo participaron encuestados de hasta 65 años de edad.

estas encuestas se realizaron entre 2002 y 2005, las cohortes más recientes (18-34 años en el momento de la entrevista) correspondieron aproximadamente a las personas nacidas en los años posteriores a 1968. Los encuestados que tenían 35-49 años en el momento de la entrevista correspondieron aproximadamente a las cohortes de personas nacidas en el período 1953-1970, mientras que los que tenían 50-64 años habían nacido en el período 1938-1955, y los mayores de 65 años habían nacido antes de 1938. El análisis de la supervivencia demostró que los cocientes de posibilidades (*odds ratio*) respecto a los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y relacionados con sustancias fueron generalmente mayores en las cohortes más recientes, en comparación con las cohortes más antiguas, lo que no ocurrió con los trastornos del control de los impulsos (tablas 3-5). No se observaron diferencias significativas entre los países en desarrollo y los países desarrollados, aunque la variación transnacional superó lo esperado por el azar.

DISCUSIÓN

Es posible que, en nuestro estudio, tres sesgos hayan dado lugar a una infraestimación de la prevalencia. En primer lugar, las personas con enfermedad mental pudieron tener menos posibilidades de participar en las encuestas que las personas que no sufrían enfermedades mentales, debido a las exclusiones previstas por los métodos de muestreo (p. ej., la exclusión de las personas sin hogar), a la mortalidad diferencial o a la mayor resistencia a participar (40). La variación en la magnitud de esta infrarepre-

sentación en los distintos países puede explicar la amplia variación transnacional en las estimaciones de la prevalencia y del riesgo. En segundo lugar, en estudios previos se ha señalado que la prevalencia a lo largo de la vida es a menudo infraestimada debido a que los encuestados son reacios a admitir el padecimiento de una enfermedad mental (41). Este sesgo podría ser especialmente importante en los países en desarrollo, en los que no hay una fuerte tradición de investigación independiente de la opinión pública, lo que podría explicar las estimaciones especialmente bajas de la prevalencia y del riesgo en Nigeria y RPC metropolitana. En tercer lugar, los errores cometidos por los entrevistadores podrían haber dado lugar a una infraestimación, especialmente en los países en los que hubo un incentivo indirecto para la realización de entrevistas rápidas, debido a que los entrevistadores recibieron una cantidad de dinero por entrevista realizada, y no por hora de trabajo. Con respecto a la sobrestimación de la prevalencia, el sesgo más probable es que los umbrales establecidos para definir la presencia de trastornos mentales hayan sido demasiado bajos. Sin embargo, tal como se indica en el apartado «Parámetros», los estudios de reevaluación clínica efectuados en algunos de los países con las mayores estimaciones de prevalencia no indicaron la existencia de este sesgo (27).

Hay dos posibles sesgos de otro tipo que vale la pena señalar. En primer lugar, el método utilizado en las distintas cohortes para la estimación del riesgo a lo largo de la vida estuvo fundamentado en la suposición de un riesgo condicional constante de inicio del trastorno en cualquier momento de la vida. La existencia de un evidente efecto de cohorte significa que esta suposición es inco-

Tabla 3. Diferencias entre las cohortes en el riesgo a lo largo de la vida de padecimiento de cualquier trastorno de ansiedad recogido en el DSM-IV^a

País	18-34			35-49			50-64			≥ 65			χ ²	gl ^b	N
	OR	IC del 95%	N	OR	IC del 95%	N	OR	IC del 95%	N	OR	IC del 95%	N			
Alemania	3,1*	1,9-5,1	316	2,3*	1,4-3,9	436	2,3*	1,3-4,1	345	1,0	–	226	21,8*	3	1.323
Bélgica	2,6*	1,3-5,0	254	1,6	0,8-3,2	331	1,3	0,6-2,6	278	1,0	–	180	14,2*	3	1.043
Colombia	1,6*	1,2-2,1	1.125	1,3	0,9-1,8	818	1,0	–	438	–	–	–	10,0*	2	2.381
España	3,8*	2,2-6,5	545	2,8*	1,5-5,2	556	1,3	0,8-2,2	456	1,0	–	564	28,7*	3	2.121
EE.UU.	3,5*	2,8-4,4	1.939	3,4*	2,7-4,1	1.831	2,5*	2,0-3,0	1.213	1,0	–	709	159,2*	3	5.692
Francia	3,1*	1,5-6,4	388	3,2*	1,5-6,7	472	1,6	0,8-3,3	362	1,0	–	214	21,3*	3	1.436
Holanda	3,6*	2,1-6,1	264	4,5*	3,0-6,8	358	3,0*	2,0-4,6	302	1,0	–	170	60,6*	3	1.094
Israel	4,7*	2,6-8,3	1.627	2,7*	1,6-4,4	1.302	2,1*	1,4-3,3	1.069	1,0	–	861	27,3*	3	4.859
Italia	1,5	0,7-3,0	496	1,6	0,9-2,8	516	1,3	0,8-2,2	454	1,0	–	313	3,3	3	1.779
Japón	5,6*	2,2-13,8	155	2,8*	1,3-6,1	219	2,6*	1,2-5,6	295	1,0	–	218	14,9*	3	887
Líbano	3,2*	1,6-6,2	349	2,5*	1,2-5,1	348	1,0	0,5-2,1	199	1,0	–	135	24,1*	3	1.031
México	2,4*	1,6-3,4	1.183	1,6*	1,1-2,4	750	1,0	–	429	–	–	–	25,3*	2	2.362
Nigeria	3,1*	1,4-6,9	971	2,3*	1,1-4,9	549	2,8*	1,5-5,4	369	1,0	–	254	11,1*	3	2.143
Nueva Zelanda	3,4*	2,7-4,2	2.394	2,6*	2,1-3,1	2.474	2,1*	1,7-2,7	1.517	1,0	–	927	126,3*	3	7.312
República Popular China	1,7	0,6-4,4	379	1,1	0,5-2,5	726	1,6	0,7-3,9	357	1,0	–	166	3,3	3	1.628
Sudáfrica	2,3*	1,3-4,0	2.172	1,8*	1,1-3,1	1.264	1,3	0,8-2,1	638	1,0	–	241	16,5*	3	4.315
Ucrania	1,7*	1,1-2,6	420	1,0	0,6-1,6	434	1,0	0,7-1,6	412	1,0	–	454	6,5	3	1.720

gl: grados de libertad; IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio* (cociente de posibilidades).

^aSegún el resultado obtenido mediante análisis de la supervivencia en periodos de tiempo separados, utilizando el parámetro persona-año como unidad de análisis; los controles son los intervalos de tiempo.

^bCategoría de referencia.

*La significación estadística se estableció en 0,05 y estuvo fundamentada en pruebas con diseño bilateral

Tabla 4. Diferencias entre las cohortes en el riesgo a lo largo de la vida de cualquier trastorno del estado de ánimo recogido en el DSM-IV^a

País	18-34			35-49			50-64			65+ ^b			χ ²	gl ^b	N
	OR	IC del 95%	N	OR	IC del 95%	N	OR	IC del 95%	N	OR	IC del 95%	N			
Alemania	12,2*	7,1-21,0	815	5,2*	3,5-7,7	1.180	2,4*	1,6-3,4	893	1,0	–	667	99,4*	3	3.555
Bélgica	11,3*	6,1-20,9	573	4,9*	3,2-7,5	775	3,6*	2,0-6,4	570	1,0	–	501	87,3*	3	2.419
Colombia	6,3*	4,2-9,3	2.000	2,3*	1,6-3,1	1.577	1,0	–	849	–	–	530	92,7*	2	4.426
España	9,6*	6,6-13,9	1.567	4,2*	3,0-5,9	1.431	2,2*	1,6-3,0	1.024	1,0	–	1.451	176,3*	3	5.473
EE.UU.	9,5*	7,3-12,4	3.034	5,0*	3,7-6,6	2.865	3,0*	2,3-3,9	1.922	1,0	–	1.461	383,6*	3	9.282
Francia	9,0*	6,0-13,5	743	3,0*	2,2-4,2	942	1,8*	1,2-2,6	719	1,0	–	490	146,4*	3	2.894
Holanda	11,7*	6,6-20,8	564	6,4*	4,0-10,2	729	2,9*	1,7-4,8	627	1,0	–	452	115,7*	3	2.372
Israel	6,5*	4,5-9,4	1.627	2,8*	2,0-4,0	1.302	1,8*	1,3-2,5	1.069	1,0	–	861	118,4*	3	4.859
Italia	5,7*	3,8-8,4	1.326	3,6*	2,6-5,0	1.393	2,3*	1,6-3,3	1.153	1,0	–	840	91,3*	3	4.712
Japón	23,7*	13,4-42,0	410	7,7*	4,5-13,2	571	3,8*	2,4-5,8	764	1,0	–	691	146,2*	3	2.436
Líbano	6,2*	3,0-12,8	965	3,1*	1,4-6,7	931	1,7	0,8-3,2	553	1,0	–	408	60,5*	3	2.857
México	4,0*	2,6-6,1	2.871	1,6*	1,1-2,3	1.888	1,0	–	1.023	–	–	646	65,0*	2	5.782
Nigeria	3,7*	1,8-7,6	3.175	1,8	0,9-3,6	1.631	1,2	0,7-2,1	1.104	1,0	–	842	19,4*	3	6.752
Nueva Zelanda	10,0*	8,2-12,2	3.747	5,0*	4,1-6,0	4.102	2,9*	2,4-3,6	2.697	1,0	–	2.244	653,9*	3	12.790
República Popular China	20,8*	9,4-45,8	1.209	4,4*	2,3-8,4	2.261	2,5*	1,4-4,4	1.184	1,0	–	547	76,5*	3	5.201
Sudáfrica	9,6*	5,5-16,7	2.172	5,5*	3,1-9,9	1.264	2,5*	1,4-4,4	638	1,0	–	241	95,6	3	4.315
Ucrania	1,9*	1,4-2,4	1.194	1,0	0,8-1,3	1.225	0,9	0,8-1,1	1.180	1,0	–	1.126	38,2*	3	4.725

gl: grados de libertad; IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio* (cociente de posibilidades).

^aSegún el resultado obtenido mediante análisis de la supervivencia en periodos de tiempo separados, utilizando el parámetro persona-año como unidad de análisis; los controles son los intervalos de tiempo.

^bCategoría de referencia.

*La significación estadística se estableció en 0,05 y estuvo fundamentada en pruebas con diseño bilateral.

recta, y que posiblemente dio lugar a una infraestimación del riesgo a lo largo de la vida en las cohortes de personas más jóvenes. En segundo lugar, es posible que la edad de inicio haya sido recordada de manera errónea, en función de la edad en el momento de la entrevista; en ese caso, el patrón de datos observados en nues-

tro estudio puede ser la consecuencia indirecta de un efecto de cohorte (42). La evidencia del sesgo relacionado con la edad ha sido documentada en estudios epidemiológicos previos (29), aunque se ha demostrado que la novedosa estrategia de muestreo utilizada en las encuestas WMH ha minimizado este problema (30).

Tabla 5. Diferencias entre las cohortes en el riesgo a lo largo de la vida de cualquier trastorno relacionado con sustancias recogido en el DSM-IV^a

País	18-34			35-49			50-64			≥ 65			χ^2	gl	N
	OR	IC del 95%	N	OR	IC del 95%	N	OR	IC del 95%	N	OR	IC del 95%	N			
Alemania	5,6*	2,9-10,7	316	3,7*	2,0-6,8	436	3,9*	2,1-7,1	345	1,0	-	226	35,0*	3	1.323
Bélgica	5,0*	2,6-9,8	254	3,6*	1,7-7,3	331	2,6*	1,2-5,4	278	1,0	-	180	26,7*	3	1.043
Colombia	2,3*	1,6-3,3	2.000	1,1	0,7-1,6	1.577	1,0	-	849	-	-	530	39,3*	2	4.426
España	9,3*	3,6-24,2	545	5,0*	1,8-13,7	556	1,5	0,6-4,2	456	1,0	-	564	38,1*	3	2.121
EE.UU.	6,7*	4,6-10,0	1.939	4,9*	3,5-7,0	1.831	3,5*	2,4-5,3	1.213	1,0	-	709	111,0*	3	5.692
Francia	5,8*	3,3-10,0	388	3,3*	2,0-5,7	472	2,5*	1,4-4,2	362	1,0	-	214	44,1*	3	1.436
Holanda	12,4*	7,0-21,8	264	7,0*	3,8-13,1	358	6,8*	3,4-13,9	302	1,0	-	170	85,3*	3	1.094
Israel	11,3*	5,9-21,6	1.627	4,6*	2,4-9,0	1.302	2,5*	1,2-5,1	1.069	1,0	-	861	119,9*	3	4.859
Italia	2,6*	1,0-6,7	496	1,8	0,8-4,1	516	1,6	0,6-3,9	454	1,0	-	313	5,5	3	1.779
Japón	1,9	0,6-6,0	155	2,3*	1,1-4,9	219	2,5*	1,1-5,7	295	1,0	-	218	6,7	3	887
Líbano ^c	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
México	1,7*	1,3-2,4	2.871	1,2	0,9-1,7	1.888	1,0	-	1023	-	-	646	12,8*	2	5.782
Nigeria	3,4*	1,1-10,1	971	4,9*	1,8-13,3	549	2,9	1,0-8,7	369	1,0	-	254	11,8*	3	2.143
Nueva Zelanda	8,1*	6,1-10,7	3.747	3,5*	2,7-4,7	4.102	2,5*	1,9-3,3	2.697	1,0	-	2.244	283,7*	3	12.790
República Popular China	8,2*	1,0-67,2	379	4,0	0,6-28,2	726	1,5	0,2-11,2	357	1,0	-	166	31,9*	3	1.628
Sudáfrica	2,6*	1,3-5,4	2.172	1,5	0,8-2,9	1.264	1,0	0,6-1,9	638	1,0	-	241	29,1	3	4.315
Ucrania	10,8*	5,8-20,1	420	5,0*	2,4-10,4	434	2,8*	1,3-5,8	412	1,0	-	454	116,4*	3	1.720

gl: grados de libertad; IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio* (cociente de posibilidades).

^aSegún el resultado obtenido mediante análisis de la supervivencia en períodos de tiempo separados, utilizando el parámetro persona-año como unidad de análisis; los controles son los intervalos de tiempo.

^bCategoría de referencia.

^cLa significación estadística se estableció en 0,05 y estuvo fundamentada en pruebas con diseño bilateral.

Según estas consideraciones, la amplia variación transnacional en las estimaciones de la prevalencia y del riesgo detectada en los datos WMH debería ser interpretada con prudencia, debido a que posiblemente represente una sobrestimación a consecuencia de las diferencias existentes entre los distintos países respecto a algunos de los sesgos citados previamente. Las estimaciones globales de la prevalencia y del riesgo, que son congruentes con las obtenidas en estudios de investigación transnacionales publicados con anterioridad (8-14, 39), posiblemente tengan un carácter conservador, debido a que los sesgos más posibles conducen a una infraestimación. Es más difícil evaluar los datos respecto a los efectos de cohorte, dado que es posible realizar tanto una interpretación sustancial (la prevalencia de los trastornos mentales está aumentando) como una metodológica (la prevalencia se mantiene estable, pero es infraestimada entre los encuestados de mayor edad).

Dadas las elevadas estimaciones de la prevalencia y del riesgo, incluso con la posibilidad de que haya existido un sesgo de carácter conservador, se puede poner en duda que dichas estimaciones sean significativas. Nuestros estudios de reevaluación clínica, cuyos resultados han sido congruentes con los obtenidos en estudios previos similares, realizados mediante encuestas epidemiológicas psiquiátricas comunitarias (43), demuestran que las elevadas estimaciones de la prevalencia son genuinas (es decir, congruentes con el juicio clínico experto) y no debidas a errores en la CIDI. Sin embargo, es importante tener en cuenta que no todos los trastornos mentales son graves. Los parámetros WMH relativos a la gravedad del trastorno sólo se aplicaron en los casos en los que los pacientes señalaron el padecimiento del trastorno durante un período de 12 meses, de manera que no fue posible estimar la gravedad de los trastornos a lo largo de toda la vida de los encuestados. No obstante, el análisis de los casos de 12 meses de duración demostró que la mayoría de ellos presentaba una intensidad leve en una escala de valoración clínica de tres categorías: leve, moderada y grave (22). En cualquier caso,

consideramos que estos casos son significativos, debido a que incluso los trastornos leves pueden causar disfunción y a que, con el transcurso del tiempo, a menudo evolucionan hacia trastornos más graves (44).

Las distribuciones de la edad de inicio observadas en nuestro estudio son congruentes con las detectadas en estudios epidemiológicos previos (39, 45). Dadas las enormes cargas personales y sociales a que dan lugar los trastornos mentales, la demostración de que muchos casos comienzan a una edad temprana indica que las intervenciones de salud pública podrían iniciarse provechosamente durante la niñez. Un aspecto importante a este respecto es el hecho de que los estudios sobre el contacto inicial con el sistema asistencial terapéutico (46-48) muestran que las personas que sufren estos trastornos de inicio a una edad temprana esperan a menudo durante más de un decenio antes de solicitar tratamiento, y se presentan con trastornos que les producen graves dificultades y que podrían haberse tratado con mayor facilidad si hubieran solicitado el tratamiento en una fase más temprana de su enfermedad. Las intervenciones dirigidas hacia la detección y el tratamiento tempranos podrían ser útiles para reducir la persistencia o la gravedad de los trastornos primarios de ansiedad y de control de los impulsos, previniendo la aparición de trastornos secundarios. No obstante, son necesarios nuevos estudios de investigación preclínica y clínica acerca de los tratamientos de los casos tempranos, con el objetivo de determinar el grado de certeza de esta posibilidad. También es necesario realizar investigaciones epidemiológicas sobre las consecuencias a largo plazo de las intervenciones terapéuticas tempranas, en cuanto a la prevención a largo plazo de los trastornos secundarios.

Agradecimientos

Las encuestas contempladas en este artículo se llevaron a cabo en el contexto de la World Mental Health (WMH) Survey Initia-

tive de la OMS. Agradecemos a los profesionales de WMH su ayuda con los instrumentos, el trabajo de campo y el análisis de los datos. Estas actividades fueron financiadas por: United States National Institute of Mental Health (R01-MH070884), John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, Pfizer Foundation, US Public Health Service (R13-MH066849, R01-MH069864 y R01-DA016558), Fogarty International Center (FIRCA R01-TW006481), Organización Panamericana de la Salud, Eli Lilly and Company, Ortho-McNeil Pharmaceutical, Inc., GlaxoSmithKline y Bristol-Myers Squibb. La Chinese World Mental Health Survey Initiative recibe financiación de la Pfizer Foundation. El Colombian National Study of Mental Health (NSMH) recibe financiación del Ministerio de Protección Social, con un apoyo económico adicional de la Sadarriaga Concha Foundation. El proyecto ESEMeD ha sido financiado por la Comisión Europea (Contratos QLG5-1999-01042; SANCO 2004123); la Piedmont Region (Italia); el Fondo de Investigación Sanitaria, Instituto de Salud Carlos III, España (FIS 00/0028); el Ministerio de Ciencia y Tecnología, España (SAF 2000-158-CE), el Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, España, y otros organismos locales, así como por una subvención educativa ilimitada ofrecida por GlaxoSmithKline. La Israel National Health Survey ha sido financiada por el Ministry of Health de Israel, con apoyo por parte del Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research y del National Insurance Institute of Israel. La World Mental Health Japan (WMHJ) Survey ha sido financiada por el Grant for Research on Psychiatric and Neurological Diseases and Mental Health (H13-SHOGAI-023, H14-TOKUBETSU-026, H16-KOKORO-013) del Japan Ministry of Health, Labour and Welfare. La Lebanese National Mental Health Survey (LEBANON) ha recibido financiación económica del Lebanese Ministry of Public Health, la OMS (Líbano), donaciones privadas anónimas realizadas a IDRAAC, Líbano, y subvenciones ilimitadas ofrecidas por Janssen Cilag, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Roche y Novartis. La Mexican National Comorbidity Survey (MNCS) está apoyada económicamente por el National Institute of Psychiatry Ramon de la Fuente (INPRFMDIES 4280) y por el National Council on Science and Technology (CONACyT-G30544-H), con financiación adicional ofrecida por la Organización Panamericana de la Salud. Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey (NZMHS) ha sido financiada por el New Zealand Ministry of Health, por el Alcohol Advisory Council y por el Health Research Council. La Nigerian Survey of Mental Health and Wellbeing (NSMHW) ha sido financiada por la Organización Mundial de la Salud (Ginebra), la Organización Mundial de la Salud (Nigeria) y el Federal Ministry of Health, Abuja, Nigeria. El South Africa and Health Study (SASH) ha sido financiado por el US National Institute of Mental Health (R01-MH059575) y por el US National Institute of Drug Abuse, con un apoyo económico adicional por parte del South African Department of Health y de la University of Michigan. El estudio Ukraine Comorbid Mental Disorders during Periods of Social Disruption (CMDPSD) ha sido financiado por el US National Institute of Mental Health (R01-MH61905). La US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) está financiada por el National Institute of Mental Health (U01-MH60220), con un apoyo adicional de: National Institute of Drug Abuse, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Robert Wood Johnson Foundation (Grant 044780) y John W. Alden Trust.

World Psychiatry 2007; 6:168-176

Bibliografía

- Cooper B. Psychiatric epidemiology. London: Croom Helm, 1987.
- Robins LN, Helzer JE, Croughan JL et al. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:381-9.
- Cross-National Collaborative Group. The changing rate of major depression: cross-national comparisons. *JAMA* 1992;268:3098-105.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ et al. The cross-national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:305-9.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276:293-9.
- Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res* 1994;28:57-84.
- World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 1.0). Geneva: World Health Organization, 1990.
- Andrade L. Lifetime prevalence of mental disorders in a catchment area in São Paulo, Brazil. Presented at the 7th Congress of the International Federation of Psychiatric Epidemiology, Santiago, August 1996.
- Bijl RV, van Zessen G, Ravelli A et al. The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): objectives and design. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:581-6.
- Caraveo J, Martinez J, Rivera B. A model for epidemiological studies on mental health and psychiatric morbidity. *Salud Mental* 1998;21:48-57.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
- Kylc C. Mental health profile of Turkey: main report. Ankara: Ministry of Health Publications, 1998.
- Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S et al. Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:771-8.
- Wittchen H-U, Perkonig A, Lachner G et al. Early Developmental Stages of Psychopathology study (EDSP): objectives and design. *Eur Addict Res* 1998;4:18-27.
- Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press, 1996.
- Bijl RV, de Graaf R, Hiripi E et al. The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Aff* 2003;22: 122-33.
- Amminger GP, Leicester S, Yung AR et al. Early-onset of symptoms predicts conversion to non-affective psychosis in ultra-high risk individuals. *Schizophr Res* 2006;84:67-76.
- McGue M, Iacono WG. The association of early adolescent problem behavior with adult psychopathology. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1118-24.
- Thompson KN, Conus PO, Ward JL et al. The initial prodrome to bipolar affective disorder: prospective case studies. *J Affect Disord* 2003;77:79-85.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al. Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004;420(Suppl.):8-20.
- World Bank. World development indicators 2003. Washington: World Bank, 2003.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581-90.
- Kessler RC, Merikangas KR. The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): background and aims. *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:60-8.
- Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:93-121.
- World Health Organization. International classification of diseases (ICD-10). Geneva: World Health Organization, 1991.

26. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
27. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS et al. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2006; 15:167-80.
28. First MB, Spitzer RL, Gibbon M et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, research version, non-patient edition (SCID-I/NP). New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 2002.
29. Simon GE, VonKorff M. Recall of psychiatric history in cross-sectional surveys: implications for epidemiologic research. *Epidemiol Rev* 1995;17:221-7.
30. Knauper B, Cannell CF, Schwarz N et al. Improving the accuracy of major depression age of onset reports in the US National Comorbidity Survey. *Int J Methods Psychiatr Res* 1999;8:39-48.
31. SAS Institute. SAS/STAT software: changes and enhancements, Release 8.2. Cary: SAS Publishing, 2001.
32. Efron B. Logistic regression, survival analysis, and the Kaplan-Meier curve. *J Am Stat Assoc* 1988;83:414-25.
33. Wolter KM. Introduction to variance estimation. New York: Springer, 1985.
34. Research Triangle Institute. SUDAAN: Professional Software for Survey Data Analysis. Research Triangle Park: Research Triangle Institute, 2002.
35. Kish L, Frankel MR. Inferences from complex samples. *J Royal Stat Soc* 1974;36:1-37.
36. Gureje O, Lasebikan VO, Kola L et al. Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Well-Being. *Br J Psychiatry* 2006;188:465-71.
37. Shen YC, Zhang MY, Huang YQ et al. Twelve-month prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in metropolitan China. *Psychol Med* 2006;36:257-67.
38. Hasin DS, Grant BF. The co-occurrence of DSM-IV alcohol abuse in DSM-IV alcohol dependence: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions on heterogeneity that differ by population subgroup. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:891-6.
39. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ* 2000;78:413-26.
40. Allgulander C. Psychoactive drug use in a general population sample, Sweden: correlates with perceived health, psychiatric diagnoses, and mortality in an automated record-linkage study. *Am J Publ Health* 1989;79:1006-10.
41. Cannell CF, Marquis KH, Laurent A. A summary of studies of interviewing methodology: 1959-1970. *Vital Health Stat* 1977; 2:69.
42. Giuffra LA, Risch N. Diminished recall and the cohort effect of major depression: a simulation study. *Psychol Med* 1994;24:375-83.
43. Kessler RC, Wittchen H-U, Abelson JM et al. Methodological studies of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) in the US National Comorbidity Survey. *Int J Methods Psychiatr Res* 1998;7:33-55.
44. Kessler RC, Merikangas KR, Berglund P et al. Mild disorders should not be eliminated from the DSM-V. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:1117-22.
45. Christie KA, Burke JDJ, Regier DA et al. Epidemiologic evidence for early onset of mental disorders and higher risk of drug-abuse in young-adults. *Am J Psychiatry* 1988;145:971-5.
46. Christiana JM, Gilman SE, Guardino M et al. Duration between onset and time of obtaining initial treatment among people with anxiety and mood disorders: an international survey of members of mental health patient advocate groups. *Psychol Med* 2000; 30:693-703.
47. Olfson M, Kessler RC, Berglund PA et al. Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry* 1998;155:1415-22.
48. Wang PS, Angermeyer M, Borges G et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007;6:177-85.

Falta de tratamiento y retrasos en el contacto terapéutico tras el inicio de los trastornos mentales en la World Mental Health Survey Initiative de la Organización Mundial de la Salud

PHILIP S. WANG¹, MATTHIAS ANGERMEYER², GUILHERME BORGES³, RONNY BRUFFAERTS⁴, WAI TAT CHIU⁵, GIOVANNI DE GIROLAMO⁶, JOHN FAYYAD⁷, OYE GUREJE⁸, JOSEP MARIA HARO⁹, YUEQIN HUANG¹⁰, RONALD C. KESSLER⁵, VIVIANE KOVASS¹¹, DAPHNA LEVINSON¹², YOSHIBUMI NAKANE¹³, MARK A. OAKLEY BROWNE¹⁴, JOHAN H. ORMEL¹⁵, JOSÉ POSADA-VILLA¹⁶, SERGIO AGUILAR-GAXIOLA¹⁷, JORDI ALONSO¹⁸, SING LEE¹⁹, STEVEN HEERINGA²⁰, BETH-ELLEN PENNELL²⁰, SOMNATH CHATTERJI²¹, T. BEDIRHAN ÜSTÜN²¹, EN NOMBRE DEL WORLD MENTAL HEALTH SURVEY CONSORTIUM DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

¹Division of Service and Intervention Research, National Institute of Mental Health, 6001 Executive Blvd., Bethesda, MD 20892, USA; ²Department of Psychiatry, University of Leipzig, Germany; ³Department of Epidemiology, National Institute of Psychiatry, Mexico City, Mexico; ⁴Department of Neurosciences and Psychiatry, University Hospital Gasthuisberg, Leuven, Belgium; ⁵Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, MA, USA; ⁶Department of Mental Health, Local Health Unit, Bologna, Italy; ⁷Institute for Development, Research, Advocacy and Applied Care (IDRAAC), Beirut, Lebanon; ⁸Department of Psychiatry, University College Hospital, Ibadan, Nigeria; ⁹Sant Joan de Deu – Mental Health Services, Barcelona, Spain; ¹⁰Institute of Mental Health, Peking University, Beijing, People's Republic of China; ¹¹MGEN Foundation for Public Health, Paris, France; ¹²Research and Planning, Mental Health Services, Ministry of Health, Jerusalem, Israel; ¹³Division of Human Sociology, Nagasaki International University Graduate School, Nagasaki, Japan; ¹⁴Department of Rural and Indigenous Health, School of Rural Health, Faculty of Medicine, Nursing and Health Sciences, Monash University, Victoria, Australia; ¹⁵Netherlands Institute of Mental Health and Addiction, Utrecht, The Netherlands; ¹⁶Colegio Mayor de Cundinamarca University, Saldarraga Concha Foundation, Bogota, Colombia; ¹⁷Center for Reducing Health Disparities, UC Davis School of Medicine, Sacramento, CA, USA; ¹⁸Health Services Research Unit, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), Barcelona, Spain; ¹⁹Department of Psychiatry, University of Hong Kong, People's Republic of China; ²⁰Institute for Social Research, University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA; ²¹Global Programme on Evidence for Health Policy, World Health Organization, Geneva, Switzerland

En este artículo se presentan los datos correspondientes a los patrones de falta de tratamiento y el retraso en el establecimiento del contacto terapéutico tras el inicio de un trastorno mental, en 15 países en los que se realizaron encuestas World Mental Health (WMH) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se efectuaron encuestas personales en hogares, con un total de 76.012 encuestados de 18 o más años de edad y residentes en Bélgica, Colombia, Francia, Alemania, Israel, Italia, Japón, Líbano, México, Holanda, Nueva Zelanda, Nigeria, República Popular China (Pekín y Shanghai), España y EE.UU. Se utilizó la Composite International Diagnostic Interview (CIDI) de la OMS para evaluar el padecimiento a lo largo de la vida de trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos relacionados con sustancias, según se recoge en el DSM-IV. Para el cálculo de la falta de tratamiento y del retraso en el establecimiento del contacto terapéutico, se utilizaron las edades de los encuestados cuando se iniciaron los trastornos individuales y las edades de los encuestados en el momento en el que tuvo lugar el primer contacto terapéutico. El porcentaje de casos a lo largo de la vida en los que el primer contacto terapéutico tuvo lugar durante el primer año desde el inicio de la enfermedad osciló entre el 0,8 y el 36,4% para los trastornos de ansiedad; entre el 6,0 y el 52,1%, para los trastornos del estado de ánimo, y entre el 0,9 y el 18,6%, para los trastornos relacionados con sustancias. Al cabo de 50 años, el porcentaje de casos a lo largo de la vida que establecieron un contacto terapéutico osciló entre el 15,2 y el 95,0% para los trastornos de ansiedad; entre el 7,9 y el 98,6%, para los trastornos del estado de ánimo, y entre el 19,8 y el 86,1%, para los trastornos relacionados con sustancias. El retraso mediano en los casos que finalmente establecieron contacto terapéutico osciló entre 3,0 y 30,0 años para los trastornos de ansiedad; entre 1,0 y 14,0 años, para los trastornos del estado de ánimo, y entre 6,0 y 18,0 años, para los trastornos relacionados con sustancias. Las estimaciones de falta de tratamiento y retraso en su solicitud fueron generalmente mayores en los países en desarrollo, en las cohortes de mayor edad, en los varones y en los casos en los que el trastorno se había iniciado a una edad temprana. Estos resultados demuestran que la falta de tratamiento y el retraso en su solicitud inicial constituyen problemas arraigados en todo el mundo. Es necesario implementar intervenciones para conseguir un contacto terapéutico inicial rápido, a fin de reducir la carga global de los trastornos mentales no tratados y los riesgos asociados a ellos.

Palabras clave: solicitud de tratamiento, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos relacionados con sustancias

En todo el mundo, los trastornos mentales son causantes de muy elevados índices de morbilidad, mortalidad y discapacidad (1, 2). A pesar de que la variedad de tratamientos eficaces sigue aumentando, son pocos los países con capacidad o voluntad para financiar su aplicación generalizada (3). Así, la mayoría de las personas que sufren episodios recientes de enfermedad mental no recibe tratamiento, incluso en los países económicamente avanzados (4). Esta realidad ha hecho que muchos países busquen estrategias para utilizar de la manera más eficiente posible sus limitados recursos, con el objetivo de aliviar la carga representada por las enfermedades mentales, (5).

Una estrategia prometedora es insistir en el uso de los recursos terapéuticos en las fases tempranas del curso de la enfermedad, antes de que aparezcan muchas de las secuelas negativas de las enfermedades mentales (6). Este enfoque está respaldado por

varias líneas de investigación. Los datos obtenidos en estudios preclínicos indican que la «estimulación o sensibilización neural» (*kindling*) puede hacer que las enfermedades no tratadas se conviertan con mayor frecuencia en cuadros, espontáneos, graves y resistentes al tratamiento (7). En diversos estudios epidemiológicos se ha señalado que el fracaso escolar y laboral, la paternidad durante la adolescencia y los matrimonios prematuros, violentos o inestables se asocian a enfermedades mentales de inicio temprano no tratadas (8-10). Los trastornos mentales de carácter aislado evolucionan con frecuencia hacia procesos patológicos comórbidos complejos, de tratamiento más difícil y con mayores posibilidades de recidiva, en comparación con los trastornos menos complejos (11). Por otra parte, en ensayos clínicos se ha demostrado que la intervención a tiempo puede prevenir el suicidio (12).

Un aspecto clave para reducir el retraso en la solicitud de tratamiento tras el inicio de un trastorno mental es la recopilación de los datos existentes de la población general con respecto a los retrasos y los factores predictivos de dichos retrasos. Lamentablemente, hay muy poca información sobre el contacto terapéutico inicial, dado que las investigaciones sobre los servicios de salud mental se han centrado en el tratamiento reciente de los trastornos en curso en el momento de la realización de los estudios, más que en el tratamiento inicial del primer episodio (13). No obstante, en los pocos estudios publicados en los que se ha evaluado la solicitud inicial de tratamiento se ha observado que muchos casos establecen finalmente contacto con el sistema sanitario a lo largo de la vida, aunque generalmente tras un retraso de años desde el momento en el que se inicia la enfermedad (14-16).

Un segundo aspecto clave es la identificación de las medidas concretas que pueden adoptar los países para reducir los períodos de enfermedad mental no tratada. Aunque los distintos países aplican una amplia gama de políticas nacionales, sistemas asistenciales y medios de financiación de los servicios de salud mental, se desconoce el impacto de las diferentes medidas sobre los retrasos en la solicitud inicial de tratamiento. Quizá, el único método para conocer estos impactos sea la comparación de los retrasos existentes entre los distintos países, en relación con las diferencias en cuanto a políticas sanitarias, sistemas asistenciales y medios de financiación (3, 17). Lamentablemente, sólo se han publicado unos pocos estudios de carácter transnacional respecto al retraso en la solicitud de asistencia sanitaria (14, 15).

En este artículo se abordan las cuestiones citadas mediante el análisis de los datos obtenidos a través de la World Mental Health (WMH) Initiative de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un programa coordinado de encuestas que se está llevando a cabo en 28 países desarrollados y en vías de desarrollo (1). Se elaboraron las curvas de probabilidad acumulada a lo largo de la vida respecto al contacto con el sistema terapéutico, con el objetivo de estimar las posibilidades de solicitud de tratamiento por parte de las personas que sufren trastornos mentales y determinar la duración característica de los retrasos. Este análisis se ha llevado a cabo en los 15 países en los que las encuestas WMH ya se han completado. A fin de comprender los posibles determinantes, y diseñar y desarrollar las futuras intervenciones, se examinaron los correlatos de la falta de establecimiento inicial de contacto con el sistema terapéutico.

MÉTODOS

Muestras

Los países en los que se completaron las encuestas WMH utilizadas en nuestro análisis fueron Bélgica, Colombia, Francia, Alemania, Israel, Italia, Japón, Líbano, México, Holanda, Nueva Zelanda, Nigeria, República Popular China (Pekín y Shanghai), España y EE.UU. Según las categorías utilizadas por el Banco Mundial (18), China, Colombia, Líbano, México y Nigeria fueron clasificados como países en desarrollo, y el resto, como países desarrollados. Todas las encuestas fueron realizadas cara a cara por parte de entrevistadores entrenados, en varias etapas, sobre muestras probabilísticas de hogares. El tamaño de las muestras de los países individuales osciló entre 2.372 en Holanda y 12.992 en Nueva Zelanda, mientras que el tamaño de la muestra total fue de 76.012. La tasa de respuesta en los países individuales osciló entre el 45,9% en Francia y el 87,7% en Colombia, mientras que la tasa media ponderada de respuesta en todos los países fue del 71,1%. Los detalles relativos a las tasas de respuesta y a otros aspectos del diseño del estudio se exponen en el artículo de Kessler *et al.* (19).

En la Parte I de la encuesta se efectuaron las evaluaciones diagnósticas básicas, y este aspecto de la encuesta fue completado por

todos los entrevistados. Todos los entrevistados en la Parte I que cumplían los criterios de padecimiento de alguno de los trastornos mentales investigados, así como una submuestra constituida por aproximadamente el 25% del resto de los encuestados, participaron en la Parte II de la encuesta, en la que se evaluaron los correlatos, el uso de servicios asistenciales y los trastornos de interés secundario. Los detalles referentes a los métodos estandarizados aplicados en todas las encuestas WMH (p. ej., los procedimientos de formación de los entrevistadores, los protocolos de traducción de la OMS respecto a todos los materiales utilizados en el estudio, y los procedimientos de control de calidad relativos a los entrevistadores y a la precisión de los datos) han sido detallados en otras publicaciones (1, 20, 21). Antes de comenzar las entrevistas, se obtuvo el consentimiento informado en todos los casos. Los procedimientos del consentimiento informado y las medidas de seguridad relativas al respeto de los derechos humanos fueron aprobados por las comisiones de revisión institucional (Institutional Review Boards, IRB) de las organizaciones que coordinaron la encuesta en cada país.

Evaluaciones diagnósticas

Para la evaluación de los trastornos mentales según los criterios del DSM-IV se utilizó la Composite International Diagnostic Interview (CIDI) de la OMS, versión 3.0 (22, 23). Los problemas mentales contemplados en este artículo fueron los trastornos del estado de ánimo (episodio depresivo mayor, distimia, trastorno bipolar I o II, y trastorno bipolar no especificado), los trastornos de ansiedad (trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada) y los trastornos relacionados con sustancias (cuadros de abuso y dependencia del alcohol y otras sustancias). En cada trastorno fueron evaluadas por separado la prevalencia a lo largo de la vida y la edad de inicio (19). Todos los diagnósticos fueron aceptados después de que se llevara a cabo el diagnóstico diferencial con los procesos orgánicos y sin aplicar reglas de jerarquía diagnóstica.

En los estudios comparativos de reevaluación clínica mediante enmascaramiento y mediante la Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) (25) se ha demostrado, en general, una buena concordancia entre los diagnósticos del DSM-IV fundamentados en la CIDI 3.0 y los diagnósticos del DSM-IV fundamentados en la SCID, con respecto a los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y relacionados con sustancias (22). En los estudios de reevaluación clínica efectuados recientemente en cuatro países WMH (EE.UU., Italia, España y Francia) a un total de 468 pacientes, se han obtenido pruebas de la existencia de una buena concordancia entre los diagnósticos CIDI-3.0 y los diagnósticos fundamentados en las reentrevistas efectuadas con enmascaramiento, con un área bajo la curva de eficacia diagnóstica que ha oscilado entre 0,71 y 0,93 respecto al padecimiento de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad a lo largo de la vida, y entre 0,83 y 0,88 respecto al padecimiento de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad a lo largo de un período de 12 meses (26).

Contactos terapéuticos iniciales

Se preguntó a los encuestados, en cada apartado diagnóstico de la CIDI, si habían hablado alguna vez a lo largo de su vida con un médico o con algún otro profesional respecto al trastorno evaluado. Al efectuar esta pregunta, se aclaró que el término «otro profesional» era amplio e incluía a psicólogos, orientadores, consejeros espirituales, especialistas en medicina alternativa, especialistas en acupuntura y cualquier otro profesional relacionado con el ámbito sanitario. A los encuestados que respondieron que en

alguna ocasión habían hablado con algún profesional acerca del trastorno evaluado se les preguntó cuál era su edad cuando tuvo lugar esta consulta por primera vez. Las respuestas a esta pregunta se utilizaron para definir la edad a la que había tenido lugar el primer contacto terapéutico. No se incluyeron en el análisis los datos correspondientes a los países en los que no se realizaron preguntas acerca del tratamiento específico de los distintos trastornos mentales (Sudáfrica y Ucrania).

Variables predictivas

Las variables predictivas fueron la edad a la que se inició el trastorno evaluado, la cohorte y el sexo. La edad de inicio del trastorno fue clasificada por separado en cada país en cuatro categorías: temprana (percentil 25), temprana-media (percentil 50), tardía-media (percentil 75) y tardía. Se establecieron cuatro categorías de cohorte (18-34, 35-49, 50-64, ≥ 65 años) y los participantes fueron clasificados en función de la edad en el momento de la entrevista.

Procedimientos de análisis

Las proyecciones estimadas de la probabilidad acumulada de realizar el primer contacto terapéutico durante el primer año desde el inicio del trastorno y durante los 50 primeros años desde el ini-

cio del trastorno se llevaron a cabo mediante el método actuarial del análisis de la supervivencia (27) implementado en el programa informático SAS (versión 8.2, SAS Institute, Cary, N.C.). Se generaron curvas distintas para cada país. Las duraciones típicas del retraso en el contacto terapéutico inicial se definieron en forma de la mediana de años desde el inicio del trastorno hasta el primer contacto terapéutico, en los casos en los que finalmente tuvo lugar dicho contacto. Los correlatos del contacto terapéutico fueron evaluados por separado respecto a cada trastorno, aplicando para ello un análisis de la supervivencia en períodos de tiempo separados (28) y utilizando el parámetro persona-año como unidad del análisis. Las variables predictivas independientes respecto al tiempo fueron la edad de inicio del trastorno, la cohorte y el sexo. La única variable predictiva que presentó variaciones respecto al tiempo fue el número de años transcurridos desde el comienzo del trastorno. Se realizaron las estimaciones entre todos los encuestados que padecían cada trastorno, con el objeto de identificar las variables predictivas del establecimiento de un contacto terapéutico en algún momento de la vida. Los efectos de la ponderación y del agrupamiento sobre las pruebas de significación fueron ajustados mediante el método de la linealización por series, de Taylor (29) implementado en el programa informático SUDAAN (versión 8.0.1, Research Triangle Institute, N.C.). Para la aplicación de pruebas de significación multifactorial a los análisis de supervivencia en los distintos períodos de tiempo se efectuaron pruebas de la χ^2 de Wald utilizando matrices de varianza-covarianza con coeficientes basados en el diseño por series de

Tabla 1. Porcentaje de contactos terapéuticos durante el primer año de inicio de cualquier trastorno de ansiedad, y duración mediana del retraso en los casos que establecieron contacto terapéutico a partir del primer año desde el inicio de la enfermedad

	Establecimiento del contacto terapéutico durante el primer año desde el inicio de la enfermedad, % (DE)	Establecimiento del contacto terapéutico durante los 50 años siguientes al inicio de la enfermedad, % (DE)	Duración mediana del retraso, en años (DE)
<i>América del Sur y América del Norte</i>			
Colombia	2,9 (0,6)	41,6 (3,9)	26,0 (1,5)
EE.UU.	11,3 (0,7)	87,0 (2,4)	23,0 (0,6)
México	3,6 (1,1)	53,2 (18,2)	30,0 (5,1)
<i>Europa</i>			
Alemania	13,7 (1,8)	95,0 (2,3)	23,0 (2,3)
Bélgica	19,8 (2,8)	84,5 (4,9)	16,0 (3,5)
España	23,2 (2,0)	86,6 (5,2)	17,0 (3,2)
Francia	16,1 (1,8)	93,3 (1,9)	18,0 (1,8)
Holanda	28,0 (3,7)	91,1 (2,8)	10,0 (1,6)
Italia	17,1 (2,1)	87,3 (8,5)	28,0 (2,2)
<i>África y Oriente Medio</i>			
Israel	36,4 (0,9)	90,7 (1,3)	3,0 (0,1)
Líbano	3,2 (1,1)	37,3 (11,5)	28,0 (3,9)
Nigeria	0,8 (0,5)	15,2 (2,6)	16,0 (4,2)
<i>Asia y región del Pacífico</i>			
Japón	11,2 (2,4)	63,1 (6,2)	20,0 (2,4)
Rep. Pop. China	4,2 (2,0)	44,7 (7,2)	21,0 (3,1)
<i>Oceanía</i>			
Nueva Zelanda	12,5 (0,8)	84,2 (2,5)	21,0 (0,8)

DE: desviación estándar

Tabla 2. Porcentaje de contactos terapéuticos durante el primer año de inicio de cualquier trastorno del estado de ánimo, y duración mediana del retraso en los casos que establecieron contacto terapéutico a partir del primer año desde el inicio de la enfermedad

	Establecimiento del contacto terapéutico durante el primer año desde el inicio de la enfermedad, % (DE)	Establecimiento del contacto terapéutico durante los 50 años siguientes al inicio de la enfermedad, % (DE)	Duración mediana del retraso, en años (DE)
<i>América del Sur y América del Norte</i>			
Colombia	18,7 (2,7)	66,6 (3,7)	9,0 (1,7)
EE.UU.	35,4 (1,2)	94,8 (2,5)	4,0 (0,2)
México	16,0 (2,2)	69,9 (8,5)	14,0 (3,1)
<i>Europa</i>			
Alemania ^a	40,4 (3,8)	89,1 (5,0)	2,0 (0,4)
Bélgica ^a	47,8 (2,7)	93,7 (2,5)	1,0 (0,3)
España ^a	48,5 (2,3)	96,4 (3,1)	1,0 (0,3)
Francia ^a	42,7 (2,1)	98,6 (1,4)	3,0 (0,3)
Holanda ^a	52,1 (2,9)	96,9 (1,7)	1,0 (0,3)
Italia ^a	28,8 (3,0)	63,5 (5,9)	2,0 (0,5)
<i>África y Oriente Medio</i>			
Israel	31,9 (0,8)	92,7 (0,5)	6,0 (0,3)
Líbano	12,3 (2,0)	49,2 (5,2)	6,0 (2,1)
Nigeria	6,0 (1,7)	33,3 (7,2)	6,0 (3,3)
<i>Asia y región del Pacífico</i>			
Japón	29,6 (4,0)	56,8 (7,3)	1,0 (0,7)
Rep. Pop. China	6,0 (2,2)	7,9 (2,6)	1,0 (2,0)
<i>Oceanía</i>			
Nueva Zelanda	41,4 (1,3)	97,5 (1,0)	3,0 (0,2)

DE: desviación estándar

^aSe evaluó sólo el trastorno depresivo mayor.

Taylor. La significación estadística se estableció en 0,05 y estuvo fundamentada en pruebas con diseño bilateral.

RESULTADOS

Probabilidades acumuladas de los retrasos y retrasos medianos en el establecimiento del primer contacto terapéutico

La primera columna de la tabla 1 muestra las proporciones de los casos que presentaron trastornos de ansiedad a lo largo de la vida y que establecieron el primer contacto terapéutico durante el año siguiente al inicio del trastorno. La proporción osciló entre el 0,8% en Nigeria y el 36,4% en Israel, con un rango intercuartílico (IQR, percentiles 25-75) de 3,6-19,8%. Las proporciones de casos con trastornos de ansiedad que establecieron el primer contacto terapéutico en un período de 50 años se muestran en la segunda columna de la tabla 1; estas proporciones oscilaron entre el 15,2% en Nigeria y el 95,0% en Alemania (IQR: 44,7-90,7%). En la tercera columna de la tabla 1 se muestra la duración mediana del retraso en los casos con trastornos de ansiedad que finalmente establecieron contacto terapéutico. Entre los casos en que se estableció contacto terapéutico, los retrasos fueron menores en Israel (retraso mediano: 3,0 años) y mayores en México (retraso mediano: 30,0 años). Se detectaron diferencias estadística-

mente significativas entre los países ($F_{15,726} = 95.259,7$; $p < 0,001$) y, en general, los retrasos fueron mayores en los países en desarrollo que en los países desarrollados (no se incluyen en este artículo los resultados detallados a este respecto, pero los autores los remiten a solicitud).

Tal como se muestra en la tabla 2, las proporciones de los casos con trastornos del estado de ánimo a lo largo de la vida que establecieron contacto terapéutico durante el año siguiente al inicio del trastorno oscilaron entre el 6,0% en Nigeria y China, y el 52,1% en Holanda (IQR: 16,0-42,7%). Las proporciones de casos con trastornos del estado de ánimo que establecieron contacto terapéutico durante los 50 años siguientes al inicio del trastorno oscilaron entre el 7,9% en China y el 98,6% en Francia (IQR: 56,8-96,4%). Entre los casos con trastornos del estado de ánimo que finalmente establecieron contacto terapéutico, la duración mediana del retraso fue menor en tres países europeos occidentales (Bélgica, Holanda y España) y en dos países asiáticos (China y Japón) (retraso mediano: 1,0 año en cada uno de ellos), y mayor en México (retraso mediano: 14,0 años). Los retrasos en los casos con trastornos del estado de ánimo fueron significativamente diferentes en los distintos países ($F_{15,726} = 47.368,1$; $p < 0,001$) (no se incluyen en este artículo los resultados detallados a este respecto, pero los autores los remiten a solicitud). La comparación de las tablas 1 y 2 revela que los retrasos fueron generalmente menores para los trastornos del estado de ánimo que para los trastornos de ansiedad.

Las proporciones de casos a lo largo de la vida con trastornos relacionados con sustancias que establecieron contacto terapéutico durante el año siguiente al inicio del trastorno oscilaron entre el 0,9% en México y el 18,6% en España (IQR: 2,8-13,2%) (v. tabla 3). Las proporciones de casos con trastornos relacionados con sustancias que establecieron contacto terapéutico durante los 50 años siguientes al inicio del trastorno oscilaron entre el 19,8% en Nigeria y el 86,1% en Alemania (IQR: 25,7-66,6%). Los casos con trastornos relacionados con sustancias que finalmente establecieron contacto terapéutico presentaron los retrasos menores en España (retraso mediano: 6,0 años) y los mayores en Bélgica (retraso mediano: 18,0 años). Los retrasos en los casos con trastornos relacionados con sustancias fueron significativamente diferentes en los distintos países ($F_{15,726} = 21.505,3$; $p < 0,001$) (no se incluyen en este artículo los resultados detallados a este respecto, pero los autores los remiten a solicitud). En general, los retrasos en los casos con trastornos relacionados con sustancias tuvieron una magnitud intermedia entre los correspondientes a los trastornos del estado de ánimo y a los trastornos de ansiedad.

Tabla 3. Porcentaje de contactos terapéuticos durante el primer año de inicio de cualquier trastorno relacionado con sustancias, y duración mediana del retraso en los casos que establecieron contacto terapéutico a partir del primer año desde el inicio de la enfermedad

	Establecimiento del contacto terapéutico durante el primer año desde el inicio de la enfermedad, % (DE)	Establecimiento del contacto terapéutico durante los 50 años siguientes al inicio de la enfermedad, % (DE)	Duración mediana del retraso, en años (DE)
<i>América del Sur y América del Norte</i>			
Colombia	36,0 (0,8)	23,1 (7,1)	11,0 (5,0)
EE.UU. ^a	10,0 (0,8)	75,5 (3,8)	13,0 (1,2)
México	0,9 (0,5)	22,1 (4,8)	10,0 (3,3)
<i>Europa</i>			
Alemania	13,2 (5,7)	86,1 (8,6)	9,0 (3,9)
Bélgica	12,8 (4,8)	61,2 (17,7)	18,0 (5,8)
España	18,6 (7,6)	40,1 (14,1)	6,0 (4,9)
Francia	15,7 (5,4)	66,5 (14,1)	13,0 (3,7)
Holanda	15,5 (5,4)	66,6 (7,9)	9,0 (3,1)
Italia	_b	_b	_b
<i>África y Oriente Medio</i>			
Israel	2,0 (0,5)	48,0 (2,4)	12,0 (0,5)
Líbano ^a	_b	_b	_b
Nigeria ^a	2,8 (1,7)	19,8 (7,2)	8,0 (1,8)
<i>Asia y región del Pacífico</i>			
Japón ^a	9,2 (5,1)	31,0 (7,8)	8,0 (4,6)
Rep. Pop. China ^a	2,8 (1,8)	25,7 (9,0)	17,0 (3,7)
<i>Oceanía</i>			
Nueva Zelanda	6,3 (0,8)	84,8 (15,4)	17,0 (1,3)

EE: error estándar

^aSe evaluó en la muestra que participó en la Parte II.

^bSe omite la cifra, debido al número insuficiente de casos ($n < 30$).

Correlatos del contacto terapéutico a lo largo de la vida

En la tabla 4 se muestran los resultados obtenidos de la aplicación de los modelos de supervivencia en distintos períodos de tiempo al análisis del contacto terapéutico a lo largo de la vida en los casos con trastornos de ansiedad. En cuatro países el sexo femenino se asoció significativamente a una probabilidad mayor de establecimiento del contacto inicial. En 12 de los 13 países con diferencias de cohorte significativas se observaron relaciones significativas y monotónicas entre la pertenencia a las cohortes más jóvenes y la probabilidad elevada de contacto terapéutico. En 14 países los casos con inicio temprano de los trastornos de ansiedad tuvieron una probabilidad significativamente menor de establecer contacto terapéutico.

En la tabla 5 se muestran los correlatos del contacto terapéutico a lo largo de la vida en los casos con trastornos del estado de ánimo. En tres países el sexo femenino se asoció a una probabilidad significativamente mayor de contacto terapéutico. En 10 países se observaron relaciones significativas y generalmente monotónicas entre la pertenencia a las cohortes más jóvenes y la

Tabla 4. Variables predictivas sociodemográficas del contacto terapéutico a lo largo de la vida, en los trastornos de ansiedad

	Sexo		χ^2	Cohorte (edad en el momento de la entrevista)						χ^2	Edad de inicio del trastorno						χ^2
	Mujeres			Edad: 18-34		Edad: 35-49		Edad: 50-64			Temprana		Temprana-media		Tardía-media		
	OR	IC del 95%		OR	IC del 95%	OR	IC del 95%	OR	IC del 95%		OR	IC del 95%	OR	IC del 95%	OR	IC del 95%	
<i>América del Sur y América del Norte</i>																	
Colombia	1,1	(0,7-1,8)	0,1	3,4	(1,4-8,2)	1,6	(0,8-3,3)	1,0	-	9,6	0,2	(0,1-0,3)	0,3	(0,2-0,6)	0,3	(0,1-0,5)	33,4
EE.UU.	1,3	(1,0-1,6)	5,4	2,5	(1,9-3,3)	1,4	(1,1-1,8)	1,2	(0,9-1,6)	62,6	0,2	(0,2-0,2)	0,2	(0,2-0,3)	0,2	(0,2-0,3)	326,4
México	1,1	(0,6-1,8)	0,1	2,3	(0,8-6,4)	2,3	(0,8-6,4)	1,0	-	2,6	0,2	(0,1-0,3)	0,2	(0,1-0,3)	0,2	(0,1-0,3)	59,1
<i>Europa</i>																	
Alemania	1,5	(1,1-2,1)	6,6	4,5	(2,7-7,5)	2,3	(1,5-3,7)	1,5	(0,8-2,9)	59,8	0,2	(0,1-0,3)	0,2	(0,1-0,3)	0,2	(0,1-0,5)	43,5
Bélgica	1,2	(0,7-2,1)	0,4	4,7	(1,6-13,6)	3,0	(1,2-7,5)	1,3	(0,6-2,8)	14,8	0,1	(0,1-0,3)	0,1	(0,0-0,3)	0,2	(0,1-0,5)	63,5
España	1,0	(0,7-1,6)	0,0	3,3	(1,9-5,7)	2,0	(1,1-3,7)	0,8	(0,5-1,3)	38,5	0,1	(0,0-0,1)	0,1	(0,0-0,2)	0,2	(0,1-0,4)	96,2
Francia	1,5	(1,1-2,1)	8,8	4,5	(2,5-8,1)	2,3	(1,3-4,2)	1,3	(0,7-2,5)	52,2	0,2	(0,1-0,3)	0,2	(0,1-0,3)	0,3	(0,2-0,5)	82,4
Holanda	1,1	(0,7-1,6)	0,2	3,0	(1,8-5,1)	2,5	(1,6-3,7)	1,0	-	26,8	0,1	(0,0-0,2)	0,1	(0,1-0,3)	0,4	(0,2-0,7)	52,0
Italia	1,1	(0,7-1,5)	0,1	2,6	(1,3-5,2)	2,1	(1,2-3,7)	1,4	(0,7-2,9)	16,0	0,1	(0,1-0,2)	0,1	(0,1-0,2)	0,3	(0,2-0,5)	101,8
<i>África y Oriente Medio</i>																	
Israel	1,0	(0,6-1,5)	0,0	5,0	(1,8-13,9)	3,2	(1,4-7,4)	1,9	(0,9-4,0)	10,0	0,4	(0,2-1,0)	0,5	(0,3-1,1)	0,6	(0,3-1,2)	3,7
Líbano	0,5	(0,2-1,2)	2,5	1,9	(0,2-20,0)	1,3	(0,1-11,3)	0,8	(0,1-6,9)	2,6	0,1	(0,0-0,3)	0,2	(0,1-0,4)	0,7	(0,3-1,5)	28,7
Nigeria	1,1	(0,4-3,3)	0,0	0,6	(0,1-3,0)	0,1	(0,0-0,7)	0,3	(0,1-1,9)	7,9	0,3	(0,2-0,7)	0,6	(0,2-2,0)	0,5	(0,2-1,5)	10,1
<i>Asia y región del Pacífico</i>																	
Japón	0,9	(0,5-1,6)	0,3	5,6	(1,8-17,2)	1,7	(0,8-3,7)	1,3	(0,5-3,3)	14,1	0,1	(0,0-0,1)	0,1	(0,1-0,2)	0,4	(0,2-1,0)	63,5
Rep. Pop. China	1,0	(0,4-2,3)	0,0	4,6	(1,4-15,6)	2,1	(0,9-5,0)	1,0	-	6,7	0,3	(0,1-0,9)	0,2	(0,0-1,0)	0,7	(0,2-2,4)	8,3
<i>Oceanía</i>																	
Nueva Zelanda	1,3	(1,1-1,5)	8,6	4,3	(2,9-6,3)	2,4	(1,7-3,4)	1,7	(1,3-2,4)	68,8	0,1	(0,1-0,1)	0,1	(0,1-0,2)	0,2	(0,2-0,2)	461,0

IC: Intervalo de confianza; OR: cociente de posibilidades (*odds ratio*).

Tabla 5. Variables predictivas sociodemográficas del contacto terapéutico a lo largo de la vida, en los trastornos del estado de ánimo

	Sexo		χ^2	Cohorte (edad en el momento de la entrevista)						χ^2	Edad de inicio del trastorno						χ^2
	Mujeres			Edad: 18-34		Edad: 35-49		Edad: 50-64			Temprana		Temprana-media		Tardía-media		
	OR	IC del 95%		OR	IC del 95%	OR	IC del 95%	OR	IC del 95%		OR	IC del 95%	OR	IC del 95%	OR	IC del 95%	
<i>América del Sur y América del Norte</i>																	
Colombia	1,5	(0,9-2,3)	2,7	3,2	(1,3-7,7)	1,7	(1,0-3,2)	1,0	-	6,7	0,2	(0,1-0,4)	0,2	(0,2-0,7)	0,8	(0,5-1,3)	33,6
EE.UU.	1,3	(1,1-1,5)	10,2	4,4	(3,2-6,1)	3,1	(2,3-4,1)	1,9	(1,4-2,6)	115,5	0,2	(0,1-0,3)	0,3	(0,2-0,3)	0,4	(0,3-0,6)	176,7
México	1,6	(1,0-2,4)	4,6	2,1	(0,9-4,9)	1,7	(0,8-3,3)	1,0	-	3,1	0,3	(0,2-0,6)	0,5	(0,2-0,9)	0,8	(0,4-1,6)	25,1
<i>Europa</i>																	
Alemania ^a	1,2	(0,8-2,0)	0,9	1,9	(0,7-5,1)	1,2	(0,6-2,8)	1,2	(0,5-2,5)	6,3	0,3	(0,1-0,6)	0,5	(0,2-1,0)	1,1	(0,5-2,1)	22,5
Bélgica ^a	1,4	(0,9-2,1)	2,5	3,9	(1,2-12,5)	3,9	(1,5-10,5)	1,7	(0,7-4,0)	14,5	0,2	(0,1-0,6)	0,4	(0,2-0,9)	0,6	(0,4-0,9)	14,2
España ^a	1,2	(0,8-1,8)	1,1	1,9	(0,9-3,8)	2,7	(1,4-5,1)	1,3	(0,8-2,1)	11,3	0,4	(0,2-0,8)	0,4	(0,2-0,9)	0,7	(0,4-1,2)	8,3
Francia ^a	1,3	(0,9-1,8)	2,9	5,7	(3,1-10,5)	4,4	(2,4-8,0)	2,0	(1,1-3,5)	44,3	0,2	(0,1-0,4)	0,4	(0,2-0,8)	0,6	(0,3-1,2)	54,9
Holanda ^a	0,9	(0,7-1,3)	0,1	3,9	(1,7-8,9)	2,7	(1,6-4,4)	1,0	-	18,5	0,1	(0,0-0,3)	0,3	(0,1-0,6)	0,5	(0,3-0,8)	27,1
Italia ^a	1,4	(0,9-2,0)	2,6	1,4	(0,7-2,8)	1,6	(0,8-2,9)	1,1	(0,6-2,1)	2,8	0,4	(0,2-0,8)	0,8	(0,4-1,6)	0,8	(0,4-1,4)	15,7
<i>África y Oriente Medio</i>																	
Israel	1,1	(0,9-1,5)	0,7	5,4	(2,9-10,0)	4,0	(2,3-6,8)	2,3	(1,4-3,7)	30,9	0,3	(0,2-0,6)	0,4	(0,2-0,6)	0,6	(0,4-1,0)	20,8
Líbano	1,1	(0,7-1,8)	0,2	13,8	(2,3-83,0)	8,8	(1,5-51,1)	5,0	(0,8-30,8)	13,4	0,4	(0,2-0,8)	0,2	(0,1-0,7)	0,7	(0,3-1,4)	10,6
Nigeria	1,4	(0,5-3,6)	0,5	2,7	(0,3-22,4)	0,5	(0,1-3,7)	1,0	-	6,8	2,6	(0,2-33,6)	1,2	(0,0-31,2)	3,3	(0,3-41,1)	3,0
<i>Asia y región del Pacífico</i>																	
Japón	1,6	(0,8-3,5)	1,7	3,9	(1,1-13,4)	2,0	(0,7-6,2)	1,5	(0,6-4,2)	5,0	0,2	(0,0-0,6)	0,5	(0,2-1,3)	0,8	(0,4-1,9)	9,8
Rep. Pop. China	0,8	(0,2-3,6)	0,1	0,7	(0,2-2,9)	0,4	(0,1-1,3)	1,0	-	2,4	0,5	(0,1-3,3)	0,4	(0,1-1,7)	0,5	(0,1-1,9)	2,3
<i>Oceanía</i>																	
Nueva Zelanda	1,4	(1,2-1,6)	16,9	3,7	(2,7-5,2)	2,3	(1,7-3,1)	1,6	(1,2-2,2)	84,1	0,2	(0,2-0,3)	0,3	(0,3-0,4)	0,6	(0,5-0,8)	205,6

IC: Intervalo de confianza; OR: cociente de posibilidades (*odds ratio*).
^aSe evaluó sólo el trastorno depresivo mayor.

probabilidad elevada de contacto terapéutico. En 13 países la edad temprana en el momento de inicio de los trastornos del estado de ánimo se asoció significativamente a una probabilidad menor de establecimiento de contacto terapéutico.

En cuanto a los trastornos relacionados con sustancias, en un país el sexo femenino se asoció significativamente a una probabilidad mayor de contacto terapéutico inicial (v. tabla 6). En ocho países se observaron relaciones significativas y generalmente mo-

Tabla 6. Variables predictivas sociodemográficas del contacto terapéutico a lo largo de la vida, en cualquier trastorno relacionado con sustancias

	Sexo		χ^2	Cohorte (edad en el momento de la entrevista)						χ^2	Edad de inicio del trastorno						χ^2
	Mujeres			Edad: 18-34		Edad: 35-49		Edad: 50-64			Temprana		Temprana-media		Tardía-media		
	OR	IC del 95%		OR	IC del 95%	OR	IC del 95%	OR	IC del 95%		OR	IC del 95%	OR	IC del 95%	OR	IC del 95%	
<i>América del Sur y América del Norte</i>																	
Colombia	0,8	(0,3-2,5)	0,1	9,1	(1,6-51,0)	5,3	(1,0-28,2)	1,0	-	6,7	0,2	(0,0-0,9)	0,2	(0,1-2,1)	0,2	(0,0-0,9)	7,9
EE.UU. ^a	1,2	(0,8-1,6)	1,0	3,4	(1,7-6,8)	1,7	(0,9-3,1)	1,3	(0,7-2,3)	18,2	0,8	(0,4-0,8)	0,6	(0,4-0,8)	0,6	(0,4-0,8)	14,4
México	2,8	(0,8-9,5)	2,9	3,6	(0,7-18,1)	0,8	(0,2-2,9)	1,0	-	8,0	0,8	(0,2-3,6)	1,3	(0,3-5,7)	1,7	(0,5-5,5)	2,0
<i>Europa</i>																	
Alemania	1,4	(0,4-5,3)	0,2	4,3	(0,5-37,5)	4,3	(0,5-37,5)	1,0	-	1,9	0,2	(0,0-1,2)	0,1	(0,0-0,3)	1,0	(0,3-3,1)	12,6
Bélgica	0,7	(0,1-8,3)	0,1	35,9	(1,1-1.163,4)	35,9	(1,1-1.163,4)	35,9	(1,1-1.163,4)	4,5	0,1	(0,0-0,2)	0,1	(0,0-0,2)	0,1	(0,0-0,2)	25,7
España	1,5	(0,1-41,2)	0,1	8,1	(1,4-46,8)	1,0	-	1,0	-	5,8	0,0	(0,0-0,1)	0,0	(0,0-0,7)	0,2	(0,0-1,7)	16,0
Francia	0,8	(0,2-3,2)	0,2	0,2	(0,0-3,2)	0,7	(0,1-4,8)	1,0	-	2,1	0,4	(0,1-2,6)	0,4	(0,1-2,6)	0,4	(0,1-2,6)	1,0
Holanda	0,6	(0,1-2,9)	0,4	1,4	(0,1-24,1)	1,7	(0,1-19,6)	0,4	(0,0-5,1)	2,1	0,0	(0,0-0,7)	0,2	(0,0-1,1)	0,1	(0,0-0,3)	18,3
Italia	_b	_b	_b	_b	_b	_b	_b	_b	_b	_b	_b	_b	_b	_b	_b	_b	_b
<i>África y Oriente Medio</i>																	
Israel	0,2	(0,0-1,3)	2,8	9,5	(1,8-49,7)	3,8	(1,0-14,7)	1,0	-	7,3	0,7	(0,2-2,8)	0,3	(0,1-1,5)	2,2	(0,7-7,6)	8,5
Líbano ^a	_b	_b	_b	_b	_b	_b	_b	_b	_b	_b	_b	_b	_b	_b	_b	_b	_b
Nigeria ^a	_b	_b	_b	4,7	(0,6-34,6)	2,3	(0,7-7,9)	1,0	-	3,5	0,1	(0,0-1,7)	0,5	(0,1-3,0)	0,2	(0,0-2,8)	3,1
<i>Asia y región del Pacífico</i>																	
Japón ^a	0,4	(0,1-3,3)	0,7	3,6	(0,1-203,0)	0,3	(0,1-0,7)	0,3	(0,1-0,7)	9,5	0,2	(0,0-5,3)	0,4	(0,0-3,1)	1,3	(0,3-5,2)	2,5
Rep. Pop. China ^a	0,4	(0,0-6,4)	0,5	1,8	(0,2-20,1)	0,5	(0,1-2,0)	1,0	-	3,0	0,5	(0,1-3,1)	0,5	(0,1-3,1)	0,8	(0,1-5,9)	0,6
<i>Oceanía</i>																	
Nueva Zelanda	1,3	(1,0-1,7)	4,6	5,6	(2,8-11,0)	3,1	(1,6-5,9)	1,8	(0,9-3,5)	47,1	0,4	(0,3-0,6)	0,3	(0,2-0,4)	0,4	(0,3-0,5)	63,2

IC: Intervalo de confianza; OR: cociente de posibilidades (*odds ratio*).

^aSe evaluó la muestra que participó en la Parte II.

^bSe omite la cifra, debido al número insuficiente de casos ($n < 30$).

notónicas entre la pertenencia a las cohortes más jóvenes y la probabilidad elevada de establecimiento de contacto terapéutico inicial. En ocho países, la edad temprana en el momento del inicio de los trastornos relacionados con sustancias se asoció significativamente a una probabilidad menor de establecimiento de contacto terapéutico.

DISCUSIÓN

Al interpretar los resultados de este estudio es necesario tener en cuenta varias limitaciones. La más importante es la posibilidad de que los encuestados tuvieran dificultades para recordar los episodios que habían sufrido a lo largo de sus vidas. Por ejemplo, es probable que las personas que no solicitaron tratamiento hayan olvidado o normalizado los síntomas, en mayor medida que las personas que sí solicitaron tratamiento. Lamentablemente, no se ha podido evaluar esta posibilidad, ni tampoco si produjo diferencias entre los distintos países. Sin embargo, vale la pena señalar que, si se produjo este sesgo, originó infraestimaciones de las faltas de tratamiento y de los retrasos en su inicio.

Incluso también es posible que los encuestados que recordaron los episodios, los hayan fechado de manera errónea. La forma más habitual de error en las fechas es el «telescopaje», un fenómeno en el que las experiencias anteriores se recuerdan como si hubieran ocurrido más recientemente de lo que lo hicieron. En las encuestas WMH se incluyeron preguntas que exijan un ejercicio de memoria y que limitaron la incertidumbre en el recuerdo, con el objeto de facilitar a los encuestados el recuerdo de la edad que tenían cuando se inició el trastorno y la edad que tenían cuando establecieron el primer contacto terapéutico (23, 30). Sin embargo, en la medida en que este intento no haya tenido éxito, de nuevo, pudo dar lugar a una infraestimación del retraso en la solicitud inicial de tratamiento.

Nuestro análisis de los contactos establecidos por los pacientes con el sistema sanitario durante el año previo a la entrevista ha revelado que muchos de estos contactos no dan lugar al inicio de un tratamiento apropiado (4). Teniendo en cuenta que los contactos iniciales con los médicos también pueden fracasar en cuanto al inicio de cualquier forma de tratamiento o régimen terapéutico apropiado, en nuestro estudio se han infraestimado la falta de un tratamiento eficaz y el retraso en su inicio. Además, en el estudio sólo fue posible evaluar las variables predictivas de la falta de establecimiento de contacto terapéutico que se pudieran valorar de manera retrospectiva. Por otra parte, con el objetivo de reducir las posibilidades de resultados aleatorios, también limitamos las posibles variables predictivas a aquellas variables respecto a las cuales se han planteado hipótesis *a priori* en relación con las causas del retraso en el tratamiento y la falta de tratamiento (14-16).

Finalmente, no puede afirmarse con certeza que las faltas y los retrasos en la solicitud inicial de tratamiento observados en nuestro estudio sean significativas para la práctica clínica y las políticas de salud pública. Es posible que las personas que no establecieron un contacto terapéutico inicial de manera rápida hayan presentado en mayor medida trastornos de remisión espontánea o menos graves (31). No obstante, nuestros análisis previos de los datos obtenidos en EE.UU. revelaron que, incluso en los pacientes con trastornos graves y discapacitantes, los contactos iniciales con el sistema terapéutico tuvieron un retraso considerable (16). Además, los datos obtenidos en los estudios preclínicos y epidemiológicos realizados previamente sugieren que, en caso de no ser tratados, incluso los trastornos leves pueden adquirir una gravedad importante, asociarse a comorbilidad psiquiátrica adicional y producir dificultades en el funcionamiento social y laboral (8-10).

Teniendo en cuenta todas estas limitaciones, nuestros resultados revelan la existencia de dos problemas importantes en el pro-

ceso inicial de solicitud de tratamiento de los trastornos mentales que afectan a personas de todo el mundo. Por una parte, muchos casos en los que el trastorno aparece a lo largo de la vida nunca llegan a establecer un contacto con el sistema terapéutico respecto a sus trastornos, especialmente en los países en desarrollo, en los que existen mayores barreras económicas y estructurales para el acceso a los servicios de salud mental (3). La falta de solicitud de tratamiento también parece ser mayor en el caso de los trastornos mentales en los que la percepción de necesidad de tratamiento es baja, tal como ocurre con los trastornos relacionados con sustancias, respecto a los cuales –en la mayoría de los países evaluados– más de la mitad de los casos en los que el trastorno apareció a lo largo de la vida no se mantuvo ningún contacto terapéutico (13, 32).

Incluso entre los casos que finalmente solicitaron tratamiento, una segunda fuente importante de problemas en la asistencia mental prestada fue el retraso en el inicio de los contactos terapéuticos. Los retrasos característicos observados en nuestro estudio tuvieron una duración de años o incluso decenios desde el comienzo del trastorno mental. Los contactos terapéuticos iniciales fueron aparentemente más rápidos en los casos con trastornos del estado de ánimo, quizá debido a que estos trastornos han sido abordados en algunos países por campañas de carácter educativo, por programas de mejora de la calidad en la atención primaria y por la implementación de nuevos tratamientos (33-35). Por otra parte, los retrasos mayores observados respecto a los trastornos de ansiedad podrían ser debidos a la edad más temprana de inicio de algunos de ellos (p. ej., las fobias), a que se asocian en menor medida a situaciones de discapacidad, e, incluso, al temor de los pacientes frente a los profesionales sanitarios o los tratamientos que conllevan interacciones sociales (p. ej., terapias de conversación, contextos de grupo, salas de espera) (4, 13, 36).

En estudios de investigación previos se ha demostrado que las mujeres convierten con mayor rapidez que los varones sus sentimientos inespecíficos de dificultad en un reconocimiento consciente de que sufren problemas emocionales, lo que quizá puede explicar las tasas significativamente mayores de contacto terapéutico inicial en las mujeres de algunos países, en comparación con los varones (37). Las cohortes más recientes también presentaron una probabilidad significativamente mayor de establecer finalmente un contacto terapéutico, lo que quizá sugiere un resultado positivo de los programas que se han implementado recientemente en algunos países para la desestigmatización y el incremento de la concienciación acerca de la enfermedad mental, así como también un resultado positivo de las iniciativas de detección y contacto con los pacientes, de la introducción y la promoción de nuevos tratamientos, y de la expansión de los programas para lograr la cobertura sanitaria de todos los pacientes (1, 33-35, 38-42). En congruencia con las investigaciones previas (14-16), en la mayoría de los países los trastornos que se inician a edades tempranas se asociaron a una probabilidad menor de contacto terapéutico inicial. Una explicación de este hallazgo podría ser el hecho de que los menores requieren la ayuda de sus padres o de otras personas adultas para la solicitud de tratamiento, mientras que el reconocimiento de los trastornos en los menores por parte de estos adultos suele ser bajo, a menos que los síntomas sean graves (43, 44). Además, los trastornos mentales de inicio en la niñez y la adolescencia se pueden asociar a una normalización de los síntomas o al desarrollo de estrategias de superación (p. ej., retraimiento social, en las fobias sociales) que interfieren con la solicitud de tratamiento en fases posteriores de la vida. Finalmente, la inexistencia de servicios de salud mental infantil plenamente accesibles también puede ser un factor importante en muchos países.

A pesar de que los resultados obtenidos en nuestro estudio demuestran la falta de tratamiento y el retraso en su inicio por parte de las personas de todo el mundo que sufren trastornos mentales, son necesarios nuevos estudios de investigación para determinar

qué medidas concretas deben adoptar los responsables de las políticas sanitarias para abordar este problema, nacional y localmente. En el ámbito local, es clave la identificación de los programas específicos que puedan facilitar una reducción de los largos períodos de enfermedad mental no tratada. Se están empezando a implementar intervenciones de elevada rentabilidad económica que se pueden aplicar en colegios, consultorios y distintos contextos de atención sanitaria, consistentes en la promoción de los contactos con el sistema asistencial y en el tratamiento rápido de los nuevos casos. Los ensayos clínicos de intervención terapéutica a largo plazo, actualmente en curso, ofrecerán información acerca de la medida en la que estos programas modelo pueden prevenir las consecuencias clínicas, sociales, educativas y laborales negativas (45, 46). También pueden ser útiles los programas de educación pública, los programas de detección aplicados en los colegios o en los contextos de atención primaria, y las medidas de coordinación y remisión de pacientes entre los profesionales asistenciales y no asistenciales (34, 38, 44, 47-51).

Por otra parte, en el futuro será clave determinar qué se puede hacer, en el contexto particular de cada país, para minimizar las situaciones de falta de tratamiento y de retraso en su inicio. Las políticas asistenciales de salud general y salud mental, los diseños de los sistemas asistenciales y los medios o mecanismos de financiación de los servicios de salud mental pueden influir de manera decisiva sobre el momento en que se solicita tratamiento. Lamentablemente, los responsables de dichas políticas carecen en la actualidad de datos rigurosos acerca de los posibles impactos y sus características (efectos positivos o negativos, efectos buscados y efectos secundarios). La vinculación de los datos del Project Atlas de la OMS relativos a las políticas existentes, a los sistemas asistenciales y a los métodos de financiación de la salud mental, con los datos correspondientes a las encuestas WMH relativos a las situaciones de falta de tratamiento y de retraso en su inicio, puede abrir una nueva vía de información sobre los impactos citados previamente, que permita guiar las decisiones políticas futuras (3, 17).

Agradecimientos

Las encuestas contempladas en este artículo se llevaron a cabo en el contexto de la World Mental Health (WMH) Survey Initiative de la OMS. Agradecemos a los profesionales de WMH su ayuda con los instrumentos, el trabajo de campo y el análisis de los datos. Estas actividades fueron financiadas por: United States National Institute of Mental Health (R01-MH070884), John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, Pfizer Foundation, US Public Health Service (R13-MH066849, R01-MH069864 y R01-DA016558), Fogarty International Center (FIRCA R01-TW006481), Organización Panamericana de la Salud, Eli Lilly and Company, Ortho-McNeil Pharmaceutical, Inc., GlaxoSmithKline y Bristol-Myers Squibb. La Chinese World Mental Health Survey Initiative recibe financiación de la Pfizer Foundation. El Colombian National Study of Mental Health (NSMH) recibe financiación del Ministerio de Protección Social, con un apoyo económico adicional de la Sadaña Concha Foundation. El proyecto ESEMeD ha sido financiado por la Comisión Europea (Contratos QLG5-1999-01042; SANCO 2004123); la Piedmont Region (Italia); el Fondo de Investigación Sanitaria, Instituto de Salud Carlos III, España (FIS 00/0028); el Ministerio de Ciencia y Tecnología, España (SAF 2000-158-CE), el Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, España, y otros organismos locales, así como por una subvención educativa ilimitada ofrecida por GlaxoSmithKline. La Israel National Health Survey ha sido financiada por el Ministry of Health de Israel, con apoyo por parte del Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research y del National Insurance Institute of Israel. La World Mental Health Japan (WMHJ) Survey ha sido financiada por el

Grant for Research on Psychiatric and Neurological Diseases and Mental Health (H13-SHOGAI-023, H14-TOKUBETSU-026, H16-KOKORO-013) del Japan Ministry of Health, Labour and Welfare. La Lebanese National Mental Health Survey (LEBANON) ha recibido financiación económica del Lebanese Ministry of Public Health, la OMS (Líbano), donaciones privadas anónimas realizadas a IDRAAC, Líbano, y subvenciones ilimitadas ofrecidas por Janssen Cilag, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Roche y Novartis. La Mexican National Comorbidity Survey (MNCS) está apoyada económicamente por el National Institute of Psychiatry Ramon de la Fuente (INPRFMDIES 4280) y por el National Council on Science and Technology (CONACyT-G30544-H), con financiación adicional ofrecida por la Organización Panamericana de la Salud. Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey (NZMHS) ha sido financiada por el New Zealand Ministry of Health, por el Alcohol Advisory Council y por el Health Research Council. La Nigerian Survey of Mental Health and Well-being (NSMHW) ha sido financiada por la Organización Mundial de la Salud (Ginebra), la Organización Mundial de la Salud (Nigeria) y el Federal Ministry of Health, Abuja, Nigeria. La US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) está financiada por el National Institute of Mental Health (U01-MH60220), con un apoyo adicional de: National Institute of Drug Abuse, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Robert Wood Johnson Foundation (Grant 044780) y John W. Alden Trust.

World Psychiatry 2007; 6:177-185

Bibliografía

- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581-90.
- Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press, 1996.
- Saxena S, Sharan P, Saraceno B. Budget and financing of mental health services: baseline information on 89 countries from WHO's Project Atlas. *J Ment Health Policy Econ* 2003;6:135-43.
- Wang PS, Aguilar-Gaxiola E, Alonso J et al. Worldwide use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders: results from 17 countries in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Lancet* 2007;370:841-50.
- World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
- Kohn R, Saxena S, Levav I et al. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2004;82:858-66.
- Post RM, Weiss SR. Sensitization and kindling phenomena in mood, anxiety, and obsessive-compulsive disorders: the role of serotonergic mechanisms in illness progression. *Biol Psychiatry* 1998;44:193-206.
- Kessler RC, Berglund PA, Foster CL et al. Social consequences of psychiatric disorders, II: teenage parenthood. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1405-11.
- Kessler RC, Foster CL, Saunders WB et al. Social consequences of psychiatric disorders, I: educational attainment. *Am J Psychiatry* 1995;152:1026-32.
- Kessler RC, Walters EE, Forthofer MS. The social consequences of psychiatric disorders, III: probability of marital stability. *Am J Psychiatry* 1998;155:1092-6.
- Kessler RC, Price RH. Primary prevention of secondary disorders: a proposal and agenda. *Am J Commun Psychol* 1993;21:607-33.
- Meltzer HY, Alphas L, Green AI et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:82-91.
- Leaf PJ, Livingston MM, Tischler GL et al. Contact with health professionals for the treatment of psychiatric and emotional problems. *Med Care* 1985;23:1322-37.
- Christiana JM, Gilman SE, Guardino M et al. Duration between onset and time of obtaining initial treatment among people with anxiety and mood disorders: an international survey of members of mental health patient advocate groups. *Psychol Med* 2000;30: 693-703.
- Olfson M, Kessler RC, Berglund PA et al. Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry* 1998;155:1415-22.
- Wang PS, Berglund PA, Olfson M et al. Delays in initial treatment contact after first onset of a mental disorder. *Health Serv Res* 2004;39:393-415.
- Mezzich JE. From financial analysis to policy development in mental health care: the need for broader conceptual models and partnerships. *J Ment Health Policy Econ* 2003;6:149-50.
- World Bank. World development report 2004: making services work for poor people. Washington: International Bank for Reconstruction and Development/World Bank, 2003.
- Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007;6:168-76.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al. Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004;420 (Suppl.):8-20.
- Kessler RC, Merikangas KR. The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): background and aims. *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:60-8.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62: 593-602.
- Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:93-121.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, research version, non-patient edition (SCID-I/NP). New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 2002.
- Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS et al. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2006; 15:167-80.
- Halli SS, Rao KV. Advanced techniques of population analysis. New York: Plenum, 1992.
- Efron B. Logistic regression, survival analysis, and the Kaplan-Meier curve. *J Am Stat Assoc* 1988;83:414-25.
- Wolter K. Introduction to variance estimation. New York: Springer, 1985.
- Kessler RC, Wittchen HU, Abelson JM et al. Methodological issues in assessing psychiatric disorder with self-reports. In: Stone AA, Turkkan JS, Bachrach CA et al (eds). The science of self-report: implications for research and practice. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 2000:229-35.
- Narrow WE, Rae DS, Robins LN et al. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:115-23.
- Mojtabai R, Olfson M, Mechanic D. Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:77-84.
- Hirschfeld RMA, Keller MB, Panico S et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA* 1997;277:333-40.
- Jacobs DG. National depression screening day: educating the

- public, reaching those in need of treatment and broadening professional understanding. *Harv Rev Psychiatry* 1995;3:156-9.
35. Olfson M, Marcus SC, Druss B et al. National trends in the outpatient treatment of depression. *JAMA* 2002;287:203-9.
 36. Solomon P, Gordon B. Outpatient compliance of psychiatric emergency room patients by presenting problems. *Psychiatr Q* 1988; 59:271-83.
 37. Kessler RC, Brown RL, Broman CL. Sex differences in psychiatric help-seeking: evidence from four large-scale surveys. *J Health Soc Behav* 1981;22:49-64.
 38. Regier DA, Hirschfeld RM, Goodwin FK et al. The NIMH Depression, Awareness, Recognition, and Treatment program: structure, aim, and scientific basis. *Am J Psychiatry* 1988;145:1351-7.
 39. Ridgely MS, Goldman HH. Mental health insurance. In: Rochefort DA (ed). *Handbook on mental health policy in the United States*. Westport: Greenwood, 1989:341-61.
 40. Rosenthal MB, Berndt ER, Donohue JM et al. Promotion of prescription drugs to consumers. *N Engl J Med* 2002;346:498-505.
 41. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW et al. Validation and utility of a self-report version of the PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. *JAMA* 1999;282:1737-44.
 42. Sturm R. Tracking changes in behavioral health services: how have carve-outs changed care? *J Behav Health Serv Res* 1999;26: 360-71.
 43. Janicke DM, Finney JW, Riley AW. Children's health care use: a prospective investigation of factors related to care-seeking. *Med Care* 2001;39:990-1001.
 44. Morrissey-Kane E, Prinz RJ. Engagement in child and adolescent treatment: the role of parental cognitions and attributions. *Clin Child Fam Psychol Rev* 1999;2:183-98.
 45. Beidel DC, Turner SM, Morris TL. Behavioral treatment of childhood social phobia. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:1072-80.
 46. MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1073-86.
 47. Aseltine RH Jr, DeMartino R. An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *Am J Publ Health* 2004;94:446-51.
 48. Carleton RA, Bazzarre T, Drake J et al. Report of the Expert Panel on Awareness and Behavior Change to the Board of Directors, American Heart Association. *Circulation* 1996;93:1768-72.
 49. Connors CK. The Connors Rating Scales: use in clinical assessment, treatment planning and research. In: Maruish M (ed). *Use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1994:550-78.
 50. Velicer WF, Hughes SL, Fava JL et al. An empirical typology of subjects within stage of change. *Addict Behav* 1995;20:299-320.
 51. Weaver AJ. Has there been a failure to prepare and support parish-based clergy in their role as frontline community mental health workers: a review. *J Pastoral Care* 1995;49:129-47.

Síndrome del desgaste profesional en los psiquiatras

SHAILESH KUMAR

Department of Psychiatry, Waikato Clinical School, Private Bag 3200, Hamilton, New Zealand

Los psiquiatras constituyen un grupo vulnerable al desgaste profesional, incluso más que otros especialistas médicos y cirujanos. En este artículo se revisan diversas definiciones del desgaste profesional y se comparan las herramientas existentes para su cuantificación. Además, se examinan los factores que determinan que la Psiquiatría sea una profesión estresante. Entre estos factores, es posible mencionar: la violencia y el suicidio por parte de los pacientes, la limitación de los recursos asistenciales, el hacinamiento en las plantas de hospitalización, las modificaciones culturales en los servicios asistenciales de salud mental, las importantes exigencias laborales, la confusión en cuanto a las funciones que deben desempeñar los psiquiatras, la exigencia de responsabilidades sin una contrapartida de autoridad, la imposibilidad de introducir modificaciones sustanciales, los conflictos entre la responsabilidad hacia la institución y los empleadores, por un lado, y los pacientes, por otro, y el aislamiento. Se evalúan también dos modelos teóricos, a fin de investigar la forma en la que la exposición a estos factores estresantes da lugar al desgaste profesional. Finalmente, se ofrecen recomendaciones para el abordaje del síndrome del desgaste profesional en los psiquiatras, fundamentadas en publicaciones de casos aislados.

Palabras clave: síndrome del desgaste profesional, psiquiatras, control del estrés, población activa

Los psiquiatras tienen una vida estresante. Se utilizan a sí mismos como «herramientas» en su profesión y experimentan una amplia gama de intensas emociones en su trabajo clínico. La relación médico-paciente, de por sí, provoca en el psiquiatra diversas emociones, tales como la necesidad de salvar al paciente, la sensación de fracaso y la frustración cuando se produce un empeoramiento de la enfermedad del paciente o éste no responde al tratamiento, la sensación de impotencia frente a la enfermedad y a las pérdidas que conlleva, el duelo, el temor a sufrir él mismo una enfermedad, y el deseo de evitar a los pacientes para huir de estos sentimientos (1). Dada la naturaleza personal de la relación que los psiquiatras deben desarrollar con sus pacientes, estas emociones y sentimientos posiblemente se intensifican durante el desarrollo de esa relación. Los psiquiatras también están expuestos a factores estresantes externos, debido a las rápidas modificaciones de los métodos asistenciales, a la importante brecha existente entre la manera en la que estos especialistas son formados y la manera en que ejercen en la práctica su profesión, y la complejidad cada vez mayor de los sistemas administrativos y del marco legal.

Mientras que los factores estresantes pueden tener diversos orígenes y variar en función de los contextos y las especialidades médicas, el resultado de la exposición crónica a los factores estresantes emocionales e interpersonales que conlleva el trabajo clínico es invariablemente el desgaste profesional (2, 3). En este artículo se examinan el concepto y las causas del síndrome del desgaste profesional en los psiquiatras, así como las intervenciones más adecuadas frente a éste.

DESGASTE PROFESIONAL: DEFINICIONES Y PARÁMETROS

El concepto de desgaste profesional (*burnout*) fue introducido inicialmente por Freudenberg (4) y, desde entonces, se han propuesto varias definiciones. Kuremyr *et al.* (5) definieron el desgaste profesional como «una experiencia de agotamiento físico, emocional y mental debida a la exposición prolongada a situaciones emocionalmente demandantes». Lee y Ashforth (6), citando el trabajo de Maslach y Jackson (7), definen el desgaste profesional como un síndrome de agotamiento emocional (fatiga, síntomas somáticos, disminución de los recursos emocionales y sensación de que ya no se puede ofrecer nada a los demás), despersonalización (desarrollo de actitudes negativas y cínicas y sentimientos impersonales hacia los pacientes, tratándolos como objetos) y ausencia de sensación de logros personales (sentimientos

de incompetencia, ineficiencia e insuficiencia). Esta definición de desgaste profesional ha sido la más utilizada en la bibliografía.

Al tiempo que el síndrome del desgaste profesional puede influir negativamente en la población laboral activa, en la asistencia a los pacientes y en la salud individual, también puede desempeñar un papel protector. Se ha propuesto la hipótesis de que los síntomas del desgaste profesional aparecen con el objetivo de proteger la psique humana de lesiones mayores, frente a una situación «sin salida». Freudenberg (8) describe la despersonalización como un mecanismo de protección frente a un vaciamiento emocional mayor, o como un mecanismo homeostático en un profesional emocionalmente agotado. En la misma línea, se podría argumentar que el agotamiento emocional actúa como un «freno» en los individuos que pueden no saber cómo ni cuando moderar el ritmo de su vida. Benbow (3) ha descrito las modificaciones negativas en las actitudes (reducción de los objetivos profesionales, pérdida del idealismo, potenciación del interés por uno mismo, incremento del desapego emocional respecto a los pacientes) como formas de enfrentar las dificultades del ejercicio de la profesión.

Se han desarrollado instrumentos estandarizados y válidos para la cuantificación del desgaste profesional. Dos de los más utilizados son el Maslach Burnout Inventory (MBI) (9) y la Burnout Measure (BM) (10). El MBI ofrece puntuaciones de 0 a 6 en tres subescalas o dimensiones (despersonalización, agotamiento emocional y ausencia de logros personales), a través de las respuestas del individuo a 22 ítems. Cuanto mayores son las puntuaciones en las subescalas de despersonalización y agotamiento emocional, mayor es el grado de desgaste profesional del individuo, mientras que la puntuación en la subescala de ausencia de logros personales tiene una dirección opuesta. Se ha demostrado que este inventario es fiable, válido y de aplicación sencilla. La BM contiene 21 ítems valorados en una escala de frecuencia de siete puntos y agrupados en tres subescalas (agotamiento físico, agotamiento mental y agotamiento emocional). A diferencia del MBI, los ítems de la BM no tienen una asociación explícita con el contexto laboral y se presentan en un orden aleatorio. Las subescalas han demostrado una coherencia interna adecuada (0,80-0,90) (11), y la escala completa ha presentado una fiabilidad evaluación-reevaluación al cabo de un mes de 0,89 (12). Al igual que ocurre con el MBI, los estudios factoriales indican que la BM es un instrumento de carácter unidimensional (11). Otros autores han observado una correlación estrecha entre las puntuaciones BM totales y las puntuaciones MBI correspondientes a las subescalas de agotamiento emocional (12).

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DEL DESGASTE PROFESIONAL EN LOS PSIQUIATRAS?

Para comprender la susceptibilidad de los psiquiatras frente al desgaste profesional, es necesario examinar los factores que hacen que la Psiquiatría sea una profesión estresante. Deahl y Turner (13) enumeraron las principales causas del estrés en los psiquiatras: la violencia manifiesta y el temor a la violencia, la escasez de recursos, el hacinamiento en las plantas de hospitalización y la tendencia creciente a culpabilizar a los servicios de salud mental. Por su parte, Thompson (14) identificó las siguientes causas del estrés: elevadas exigencias laborales sin los recursos necesarios para enfrentarlas, la confusión en cuanto a las funciones que deben desempeñar los psiquiatras, la necesidad de asumir responsabilidades sin autoridad para ello, la incapacidad para introducir cambios sustanciales, los conflictos entre la responsabilidad hacia la institución y los empleadores, por un lado, y hacia los pacientes, por otro, el aislamiento de los psiquiatras en los equipos de salud mental comunitarios, y la inexistencia de refuerzos positivos. En un estudio de carácter cualitativo acerca de profesionales de la salud mental que ejercían en un equipo de salud mental comunitario bien dotado y en el que también había psiquiatras (15), las cinco principales causas de estrés identificadas fueron las exigencias administrativas, la falta de recursos, la sobrecarga de trabajo, la responsabilidad hacia los pacientes y las recidivas de los procesos patológicos en los pacientes. La burocracia excesiva, la carga de trabajo intensa y la falta de tiempo libre fueron los factores identificados en dos estudios como los principales responsables de la jubilación prematura por parte de los médicos especializados en Psiquiatría, y también la razón por la que los médicos jóvenes desechaban la Psiquiatría como especialidad profesional (16, 17). En una encuesta de gran envergadura realizada a psiquiatras, las experiencias especialmente estresantes identificadas fueron el trabajo a deshora y las largas jornadas laborales, el trato con familiares difíciles y hostiles de los pacientes, las gestiones requeridas para la hospitalización de los pacientes, el papeleo administrativo, el equilibrio entre la vida personal y la vida profesional, y la asistencia a pacientes con tendencias suicidas u homicidas (18).

Es importante destacar el hecho de que no todos los psiquiatras que permanecen expuestos a estos factores estresantes durante largos períodos de tiempo desarrollan el síndrome del desgaste profesional. Holloway *et al.* (19) describieron un modelo interactivo en el que se examina la relación existente entre los factores estresantes externos ya señalados, los factores de intermediación y el estrés resultante. Estos autores afirman: «El médico que presenta un deterioro en su funcionamiento profesional y que carece de los mecanismos de superación apropiados, de manera que acaba siendo parte de un servicio muy deficiente, puede experimentar un estrés laboral superior al de otros compañeros suyos que tienen más éxito en su trabajo y que ejercen en puestos asistenciales con mayores recursos y más gratificantes desde el punto de vista profesional. Los acontecimientos personales y profesionales traumáticos (p. ej., el homicidio cometido por un paciente) pueden dar lugar a una descompensación incluso en los profesionales más resistentes y con mayores recursos». Los factores que producen una motivación positiva o una satisfacción profesional, tales como la valoración de un trabajo bien hecho, la responsabilidad por los demás, las mejoras de tipo personal y los aumentos de salarios, pueden desempeñar un papel importante en el resultado final de la exposición al estrés.

Se ha observado una relación inversa entre el estrés y el grado de satisfacción profesional entre los abogados (20), los profesionales de la rehabilitación (21) y los empleados públicos (22). Sorprendentemente, esta relación no parece verificarse en los psiquiatras: a pesar de experimentar depresión y desgaste profesional, estos especialistas pueden seguir disfrutando de su trabajo y pre-

sentando puntuaciones elevadas en las encuestas relativas al grado de satisfacción laboral, un hallazgo que ha tenido lugar en estudios efectuados en el Reino Unido (23), Australia (24) y Estados Unidos (25, 26). Podría considerarse que, como grupo, los psiquiatras están tan comprometidos y apasionados con su trabajo, que el agotamiento asociado a su desgaste profesional no anula el placer que obtienen en ese trabajo. Alternativamente, aunque los psiquiatras se den cuenta perfectamente de las modificaciones en su estado de ánimo, es posible que consideren que el ejercicio de la Psiquiatría en situaciones que producen agotamiento forma realmente parte de su trabajo (27). Esta peculiaridad de los psiquiatras como grupo profesional debilita cualquier modelo fundamentado en la satisfacción laboral como factor protector.

En un estudio realizado en psiquiatras y residentes de Psiquiatría se evaluó la relación existente entre los factores demográficos y las actividades laborales y de ocio. La personalidad fue estudiada mediante el Munich Personality Test (MPT), y el desgaste profesional, mediante el instrumento Tedium Measure (TM) (28). Los residentes en Psiquiatría presentaron puntuaciones significativamente mayores en la TM y en la subescala de neuroticismo del MPT, pero inferiores en la subescala de tolerancia de dicho instrumento. Este estudio observó que el neuroticismo por sí solo explicaba una proporción sustancial de la varianza total detectada en la TM. Las variables relacionadas con el trabajo sólo tuvieron una importancia pequeña, mientras que no se pudo demostrar ninguna influencia por parte de las diferentes actividades de ocio. En otro estudio (29) se observó que, como grupo, los psiquiatras mostraban diferencias significativas en los diferentes parámetros de la personalidad, en comparación con los médicos de otras especialidades. Los psiquiatras presentaron puntuaciones mayores que los médicos de otras especialidades y los cirujanos en los ítems de neuroticismo, franqueza y conformismo, pero inferiores en el ítem de escrupulosidad. En comparación con los médicos de otras especialidades y los cirujanos, pese a que los psiquiatras señalaron una exigencia menor por parte de su trabajo clínico, presentaron niveles mayores de agotamiento emocional y depresión grave en relación con el trabajo. Estos resultados indican que las mismas características de la personalidad que atraen a las personas hacia la realización de la especialidad de Psiquiatría también podrían hacer que presentaran una sensibilidad mayor frente a los factores estresantes.

En otro estudio reciente de Kumar *et al.* (30) se evaluó la interacción entre cuatro conjuntos de factores considerados responsables del desgaste profesional: predisposición, precipitación, perpetuación y protección. Muchos de los factores reconocidos como externos, internos y de intermediación en el modelo de Holloway *et al.* (19) fueron incluidos en el modelo de las cuatro «P» señalado, en el que también se identificaron algunos factores sistémicos responsables del desgaste profesional; este modelo también planteó la posibilidad de que la reducción del estrés a través de la intervención sobre estos factores sistémicos podría disminuir el desgaste profesional en los psiquiatras.

El mencionado estudio de Kumar *et al.* (30) señaló que los psiquiatras pueden presentar predisposición al desgaste profesional debido a sus rasgos de personalidad, que hacen que muestren tendencia a la internalización de sus experiencias estresantes. Además, su experiencia formativa también puede desempeñar un papel significativo en la aparición de estrés y de desgaste profesional: los residentes en Psiquiatría se implican en mayor medida con las dificultades personales de sus pacientes que los residentes de otras especialidades médicas, y a menudo muestran sentimientos de duda, temor y fatiga (31). Los psiquiatras se forman para tratar a sus pacientes mediante intervenciones verbales a largo plazo, pero después, por lo general, las exigencias laborales los llevan a aplicar, preponderantemente, modalidades terapéuticas breves y, fundamentalmente, de carácter biológico (32). Por otra parte, es muy probable que la carga global de trabajo de los psiquiatras se incre-

mente en el futuro, debido al aumento de la población, al movimiento progresivo existente hacia los tratamientos de carácter comunitario, al incremento en la implicación de los psiquiatras en las tareas administrativas, al aumento de las normas de práctica asistencial, a las expectativas cada vez mayores de los profesionales con respecto a la disponibilidad de tiempo para el estudio y para las actividades placenteras, y a la disminución en el número de médicos que deciden especializarse en Psiquiatría (33-36). En otras palabras, los psiquiatras constituyen un grupo predispuesto a experimentar estrés debido a factores internos y externos.

Sobre la base de esos factores predisponentes, los psiquiatras están expuestos invariablemente a los elementos desencadenantes que precipitan el desgaste profesional. La violencia perpetrada por los pacientes tiene una elevada prevalencia en los servicios de salud mental (37-41) y es una fuente reconocida de estrés para todos los psiquiatras, con independencia del grado de experiencia que posean (42). La mayoría de los psiquiatras ha atendido a pacientes que se han suicidado, y han quedado afectados invariablemente de manera negativa por ello (43, 44). Las guardias y la atención a familiares difíciles y hostiles también han sido descritas como fuentes de estrés en la profesión psiquiátrica (18).

El aspecto final que adopta el síndrome del desgaste profesional puede depender de la manera en la que el individuo percibe las situaciones estresantes y responde a ellas. Los factores que influyen en estos estilos de apreciación (los denominados factores de perpetuación) son clave para determinar si el estrés procedente del ejercicio profesional puede traducirse o no en un síndrome del desgaste profesional. El sexo del individuo desempeña un papel significativo en el origen y en la percepción del estrés y, consecuentemente, en la forma en la que se responde a éste: las mujeres responden al estrés mediante la reducción de sus objetivos profesionales y de sus jornadas laborales (trabajo a tiempo parcial), mediante la aplicación de estrategias para limitar las exigencias sobre su intimidad o mediante ambos recursos (45). Los rasgos de personalidad también pueden desempeñar un papel significativo en la predisposición de los psiquiatras al síndrome del desgaste profesional y en la perpetuación de este fenómeno una vez que se inicia (46). Se han identificado algunos factores de tipo general que contribuyen al estrés en los psiquiatras y, por lo tanto, también al síndrome del desgaste profesional en esos profesionales: las modificaciones en el modelo de provisión de servicios asistenciales, los conflictos relacionados con la implementación de los tratamientos y los aspectos relacionados con el insumo de tiempo y de recursos (47, 48).

FACTORES PROTECTORES E INTERVENCIONES FRENTE AL SÍNDROME DEL DESGASTE PROFESIONAL

Se han descrito factores que pueden proteger a los psiquiatras frente al síndrome del desgaste profesional. Hay pruebas que indican que los factores relacionados con el estilo de vida y el adecuado balance entre la vida privada y la vida profesional pueden desempeñar un efecto protector (49). También se ha señalado (50) que la docencia universitaria se relaciona inversamente con la despersonalización, el agotamiento emocional y el estrés global, lo que implica que los rasgos de personalidad de las personas con interés por la docencia universitaria pueden tener un efecto protector frente al desgaste profesional (51). A pesar de que la docencia añadida al ejercicio clínico incrementa la carga de trabajo, el estrés relacionado con el trabajo puede disminuir y, en consecuencia, la satisfacción profesional puede aumentar (52).

Aunque los factores que se acaban de mencionar pueden inducir un efecto preventivo sobre el desgaste profesional, no se ha investigado mediante estudios apropiadamente diseñados la utilidad de estos factores una vez que se ha producido el desgaste. Es destacable el hecho de que no solamente hay una escasez ab-

solta de estudios de intervención terapéutica sobre el síndrome del desgaste profesional de los psiquiatras, sino que la misma situación se plantea para todas las otras disciplinas profesionales. En una revisión sistemática publicada recientemente (53) acerca del desgaste profesional en los residentes se señaló que la insuficiencia de los datos impedía el establecimiento de conclusiones sobre la relación causal entre los factores estresantes y el desgaste profesional, así como cualquier intento de identificación de los riesgos de los residentes en función de los factores sociodemográficos o de la personalidad. En una revisión sistemática del estrés, del desgaste profesional y de los mecanismos de superación no fue posible localizar ningún estudio en el que se hubiera evaluado la aplicación de intervenciones de control del estrés en los psiquiatras (47). En esta misma revisión se identificaron tres estudios de intervención efectuados en muestras de «profesionales de la salud mental», entre los que se incluían psiquiatras. Sin embargo, por las razones ya señaladas, podría no ser apropiado agrupar a los psiquiatras con otros profesionales de la salud mental para el estudio de los factores estresantes o de las respuestas frente a los factores estresantes, incluyendo entre ellas al síndrome del desgaste profesional. En ausencia de estudios de intervención realizados con metodología apropiada, es necesario acudir a las publicaciones de casos aislados. Holloway *et al.* (19) propusieron una serie de intervenciones centradas en el individuo (como la formación en habilidades sociales, las intervenciones para el control del estrés, el apoyo social y el manejo del tiempo) y en la organización (definición de las características de los puestos laborales y sus funciones, mejora de las relaciones interpersonales, fomento de la descentralización en la estructura organizativa y mejora del ambiente físico en los lugares de trabajo). Los autores de este estudio subrayaron la importancia del apoyo formal a través de un reconocimiento y una valoración regulares del trabajo de los psiquiatras, que tendrían que tener lugar incluso en ausencia de problemas identificados.

CONCLUSIONES

El síndrome del desgaste profesional es una consecuencia grave de la exposición crónica a los factores estresantes relacionados con el trabajo. Como grupo, los psiquiatras muestran un riesgo elevado de sufrir desgaste profesional, debido a factores externos –como el ambiente laboral–, factores internos –como los estilos de personalidad y de apreciación– y factores de intermediación, como el apoyo y la capacidad de resistencia a las dificultades. El inicio del desgaste profesional puede ser contemplado como una consecuencia de la interacción entre factores de predisposición, precipitación, perpetuación y protección. En tanto que se han identificado factores protectores frente al desgaste profesional que pueden desempeñar un papel preventivo, son prácticamente inexistentes los estudios realizados para evaluar la eficacia de las intervenciones una vez comenzado el desgaste profesional. En las publicaciones de casos aislados se señala que el apoyo de los compañeros, de la institución laboral, y de los familiares y amigos puede ser eficaz frente al síndrome del desgaste profesional establecido.

World Psychiatry 2007; 6:186-189

Bibliografía

1. Meier DE, Back AL, Morrison RS. The inner life of physicians and care of the seriously ill. *JAMA* 2001;286:3007-14.
2. Farber BA. Introduction: a critical perspective on burnout. In: Farber BA (ed). *Stress and burnout in the human service professions*. New York: Pergamon, 1983:1-20.

3. Benbow S. Burnout: current knowledge and relevance to old age psychiatry. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13:520-6.
4. Freudenberger HJ. Staff burnout. *J Soc Issues* 1974;30:159-65.
5. Kuremyr D, Kihlgren M, Norberg A et al. Emotional experiences, empathy and burnout among staff caring for demented patients at a collective living unit and a nursing home. *J Adv Nurs* 1994;19:670-9.
6. Lee RT, Ashforth BE. On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *J Appl Psychol* 1990;75:743-7.
7. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1981;2:99-113.
8. Freudenberger HJ. Burnout: contemporary issues, trends and concerns. In: Farber BA (ed). *Stress and burnout in the human service professions*. New York: Pergamon, 1983:23-8.
9. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*, 3rd ed. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1996.
10. Pines A, Aronson E. *Career burnout: causes and cures*. New York: Free Press, 1988.
11. Corcoran K. Measuring burnout: an updated reliability and convergent validity study. In: Crandall R, Perrew PL (eds). *Occupational stress: a handbook*. Washington: Taylor and Francis, 1995:263-8.
12. Pines AP. On burnout and buffering effects of social support. In: Farber BA (ed). *Stress and burnout in the human service professions*. New York: Pergamon, 1988:155-74.
13. Deahl M, Turner T. General psychiatry in no-man's land. *Br J Psychiatry* 1997;171:6-8.
14. Thompson C. The mental state we are in: morale and psychiatry. *Psychiatr Bull* 1998;22:405-9.
15. Reid Y, Johnson S, Morant N et al. Explanations for stress and satisfaction in mental health professionals: a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:301-8.
16. Kendell RE, Pearce A. Consultant psychiatrists who retired prematurely in 1995 and 1996. *Psychiatr Bull* 1997;21:741-5.
17. Mears A, Kendall T, Katona C et al. Career intentions in psychiatric trainees and consultants. London: Royal College of Psychiatrists, 2002.
18. Rathod S, Roy L, Ramsay M et al. A survey of stress in psychiatrists working in the Wessex Region. *Psychiatr Bull* 2000;24:133-6.
19. Holloway F, Szmukler G, Carson J. Support systems. 1. Introduction. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000;6:226-35.
20. Jackson SE, Turner J, Brief AP. Burnout among public service lawyers. Unpublished manuscript, University of Michigan, Ann Arbor, 1985.
21. Riggat TF, Godley SH, Hafer M. Burnout and job satisfaction in rehabilitation administrators and direct service providers. *Rehabil Counsel Bull* 1984;27:151-60.
22. Zedeck S, Maslach C, Mosier K et al. Affective response to work and quality of family life: employee and spouse perspectives. *J Soc Behav Personal* 1988;3:135-57.
23. Prosser D, Johnson S, Kuipers E et al. Mental health, burnout and job satisfaction among hospital and community-based mental health staff. *Br J Psychiatry* 1996;69:334-7.
24. Rey JM, Walter G, Giuffrida M. Australian psychiatrists today: proud of their profession but stressed and apprehensive about the future. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2004;38:105-10.
25. Snibbe JR, Radcliffe T, Weisberger C et al. Burnout among primary care physicians and mental health professionals in a managed health care setting. *Psychol Rep* 1989;65:775-80.
26. Vaccaro JV, Clark GH Jr. A profile of community mental health centre psychiatrists: results of a national survey. *Commun Ment Health J* 1987;23:282-9.
27. Firth-Cozens J, Greenhalgh J. Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Soc Sci Med* 1997;44:1017-22.
28. Amstutz MC, Neuenschwander M, Modestin J. Burnout in psychiatric physicians. Results of an empirical study. *Psychiatr Prax* 2001;28:163-7.
29. Deary IJ, Agius RM, Sadler A. Personality and stress in consultant psychiatrists. *Int J Soc Psychiatry* 1996;42:112-23.
30. Kumar S, Hatcher S, Huggard P. Burnout in psychiatrists: an aetiological model. *Int J Psychiatry Med* 2005;35:405-16.
31. Hoop JG. Hidden ethical dilemmas in psychiatric residency training: the psychiatry resident as dual agent. *Acad Psychiatry* 2004;28:183-9.
32. Hafner H. Psychiatry as a profession. *Nervenarzt* 2002;73:33-40.
33. Brockington I, Mumford D. Recruitment into psychiatry. *Br J Psychiatry* 2002;180:307-12.
34. Goldman W. Is there a shortage of psychiatrists? *Psychiatr Serv* 2001;52:1587-9.
35. Scully JH, Wilk JE. Selected characteristics and data of psychiatrists in the United States, 2001-2002. *Acad Psychiatry* 2003;27:247-51.
36. Kennedy P, Griffiths H. General psychiatrists discovering new roles for a new era and removing work stress. *Br J Psychiatry* 2001;179:283-5.
37. Haller RM, Deluty RH. Assaults on staff by psychiatric inpatients. A critical review. *Br J Psychiatry* 1988;152:174-9.
38. Hubschmidt T. The prosecution of violent psychiatric inpatients; one respectable intervention. *Psychiatr Prax* 1996;23:26-8.
39. Drinkwater J. Violence in psychiatric hospitals. In: Feldman P (ed). *Developments in the study of criminal behaviour*, Vol. 2. Chichester: Wiley, 1982:111-30.
40. Hodgkinson PE, McIvor L, Phillips M. Patient assaults on staff in a psychiatric hospital: a two year retrospective study. *Med Sci Law* 1985;25:288-94.
41. Rice ME, Harris GT, Varney GW et al. Violence in institutions. Toronto: Hogrefe and Huber, 1989.
42. Poster EC. A multinational study of psychiatric nursing staffs' beliefs and concerns about work safety and patient assault. *Arch Psychiatr Nurs* 1996;10:365-73.
43. Guthrie E, Tattan T, Williams E et al. Sources of stress, psychological distress and burnout in psychiatrists: comparison of junior doctors, senior registrars and consultants. *Psychiatr Bull* 1999;23:207-12.
44. Alexander DA, Klein ST, Gray NM et al. Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *Br Med J* 2000;320:1571-4.
45. Cartwright LK. Role montage: life patterns of professional women. *J Am Med Women Assoc* 1987;42:142-3.
46. Naisberg-Fennig S, Fennig S, Keinan G et al. Personality characteristics and proneness to burnout: a study among psychiatrists. *Stress Med* 1991;7:201-5.
47. Fothergill A, Edwards D, Burnard P. Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic review. *Int J Soc Psychiatry* 2004;50:54-65.
48. Snyder TG, Kumar S. Who do I serve? An experiential perspective of problems in retaining psychiatrists in New Zealand. *Australasian Psychiatry* 2004;12:401-3.
49. Garfinkel PE, Bagby RM, Schuller DR et al. Predictors of success and satisfaction in the practice of psychiatry: a preliminary follow-up study. *Can J Psychiatry* 2001;46:835-40.
50. Clark GH, Vaccaro JV. Burnout among CMHC psychiatrists and the struggle to survive. *Hosp Commun Psychiatry* 1987;38:843-7.
51. Agius RM, Blenkin H, Deary IJ et al. Survey of perceived stress and work demands of consultant doctors. *Occup Environ Med* 1996;53:217-24.
52. Rutter H, Herzberg J, Paice E. Stress in doctors and dentists who teach. *Med Educ* 2002;36:543-9.
53. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA* 2004;292:2880-9.

Noticias desde el Secretariado de la WPA

JOHN COX

WPA Secretary General

La vida institucional de la WPA es en ocasiones tan agitada, que se hace difícil decidir los aspectos que deben ser resaltados en esta breve nota. Sin embargo, ya he cumplido más de las tres cuartas partes de mi mandato de seis años como secretario y, en congruencia con las recomendaciones del Manual de Procedimientos, estoy empezando a reflexionar acerca de lo que aún queda pendiente, y a planificar un traspaso tranquilo del cargo a mi sucesor. Considero por todo ello que la WPA está a punto de empezar a cosechar los beneficios de su sabia decisión de instaurar un Secretariado permanente para garantizar una mayor continuidad entre los trienios.

Cuando se producen hechos positivos, es importante comunicarlos y no enterrarlos en el fragor de la actividad cotidiana. Señalaré a continuación algunas de estas buenas noticias:

- La Jamaica Psychiatric Society y la Libyan Association of Psychiatry, Neurology and Neurosurgery son bienvenidas como nuevas Sociedades miembro *ad hoc*; asimismo, la World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders es una nueva Asociación afiliada *ad hoc*.
- La Sección de noticias de la WPA ha cambiado su formato y ahora tiene un colorido y un contenido mayores. Todas las regiones del mundo han sido contempladas en los cuatro ejemplares más recientes, destacando la enorme cantidad de buenas iniciativas que están llevando a cabo los 18 Representantes de zona.
- En la actualidad, el Secretariado localizado en Ginebra es atendido por funcionarios cada vez más experimentados: Anna Engstrom, de Suecia, y Pamela Atiase, de Suiza/Ghana. El excelente conjunto de oficinas será ampliado por nuestros servicios anfitriones (Geneva University Hospitals) con un nuevo despacho, un cuarto guardarropa y una pequeña cocina.
- Las recientes Reuniones Regionales de la WPA celebradas en Lima, Nairobi y Seúl se han caracterizado por un fuerte compromiso regional. La African Association of Psychiatrists and Allied Professionals (AAPAP) organizó la primera de nuestras Reuniones Regionales de la WPA en África Subsahariana. Posiblemente, esta reunión facilitó el lanzamiento del African Journal of Psychiatry e hizo que el compromiso y la vitalidad (incluyendo el ritmo y la danza) fueran realmente contagiosos en toda la región.
- El Secretario general fue invitado a ofrecer una conferencia en una pequeña reunión patrocinada por varias instituciones y celebrada en Beirut. Las presentaciones realizadas por los colegas iraquíes fueron conmovedoras, y se valoraron de manera tangible sus vínculos con los psiquiatras de la zona y de todo el mundo.
- La nueva Sección de Psiquiatría en los países en vías desarrollo tuvo un interesante comienzo en Lahore, en donde se produjo la puesta en marcha de la South Asian Federation of Psychiatric Associations, una evidencia más de la coordinación regional creciente de la WPA, facilitada por el impacto de los sistemas globales de comunicación pero fundamentada también en el contacto personal directo.
- Durante el año pasado, he tenido el privilegio de dirigir el Grupo de trabajo europeo (European Task Force) que reúne a la WPA, la Organización Mundial de la Salud (Europa), la European Union of Medical Specialists (UEMS) y la Association of European Psychiatrists (AEP). La solidez cada vez mayor de la Psiquiatría europea quedó plenamente visible en la reunión de líderes celebrada en Madrid, a pesar de la existencia de grandes diferencias en cuanto a los recursos humanos. Continuó el debate central acerca del papel de los psiquiatras en la salud mental pública, y se reconoció la necesidad de una formación más específica en esa temática; al mismo tiempo, y con toda la razón, el Prof. Maj señaló que se corre el riesgo de dejar de lado las responsabilidades básicas de los psiquiatras en cuanto a la prevención y el tratamiento de las enfermedades mentales.
- La tarea principal del Secretariado es constituir un canal de comunicación para toda la red mundial de asociaciones de miembros. También es nuestra intención potenciar dicho papel, desplazando a Ginebra el control del sitio Web, no sin antes reconocer la deuda sustancial con Roger Montenegro, de Buenos Aires, por su trabajo pionero.
- La Encuesta General de la WPA será distribuida en otoño y ofrecerá a los diferentes componentes de la WPA una oportunidad clave para expresar sus opiniones acerca de los aspectos que están funcionando bien, de aquellos que es necesario corregir, y de la forma de hacerlo, a fin de mejorar nuestra organización. En particular, solicitaremos opiniones sobre la utilidad del correo en papel, y es probable que en el futuro todos los documentos que actualmente se envían utilizando ese correo queden recogidos en el sitio Web.
- Además de este trabajo de carácter institucional, estoy agradecido a los colegas de todo el mundo que han cuestionado o apoyado mi constante interés académico y clínico por la Psiquiatría perinatal y transcultural, así como por la ética médica. Existe el mito de que la línea de pensamiento de la WPA está dominada por la psicofarmacología. Por supuesto, esta cuestión es importante, pero lo que personalmente he encontrado reconfortante en la mayor parte del trabajo que llevamos a cabo es el énfasis en el pluralismo explicativo de la WPA.
- Se han puesto en marcha la nueva Sección de Psiquiatría perinatal y de salud mental infantil y el nuevo Programa institucional sobre salud mental de los padres y los lactantes (Institutional Programme on Parental and Infant Mental Health), con la copresidencia de Sam Tyano. Ambos instrumentos serán una ayuda muy necesaria para el trabajo científico en este campo, que a menudo es olvidado por los servicios de salud materno-infantiles e infantiles.

La WPA, como mucho, es un andamio que suministra la estructura dentro de la cual las Sociedades miembro (pequeñas y grandes) pueden prosperar, a fin de intercambiar conocimientos y experiencia clínica.

Espero que a lo largo de los próximos 12 meses el Secretariado de Ginebra facilite cada vez más este trabajo y que pronto estén implementados los sistemas de comunicación más actualizados. De esta manera, nuestra organización (de recursos económicos limitados, pero de ambiciosas metas) será más fuerte e incrementará su capital social y económico. Los desafíos que enfrenta la organización son considerables, pero no he detectado ninguna vacilación en la voluntad de alcanzar el éxito.

Es de esperar que las Sociedades miembro más grandes y fuertes, incluyendo mi propia Universidad, así como las que tienen presupuestos menores, reconozcan de manera creciente la oportunidad de facilitar los intercambios educativos internacionales y promuevan estrategias para la resolución de los conflictos y para la provisión de la experiencia psiquiátrica a las comunidades traumatizadas por la violencia y la guerra.

Acceso gratuito y de coste reducido a las publicaciones electrónicas de la WPA

HELEN HERRMAN

WPA Secretary for Publications

El ofrecimiento a los psiquiatras de un acceso gratuito y de coste reducido a las publicaciones de la WPA representa un objetivo importante del programa de publicaciones de la WPA. Sin embargo, los psiquiatras y las instituciones que podrían aprovechar este ofrecimiento no siempre son conscientes de que lo tienen a su disposición, ni saben cómo utilizarlo. En este artículo se describen los requerimientos para el acceso gratuito, especialmente en los países con recursos económicos bajos o medios, la forma de provisión del acceso y algunos avances que se están produciendo en el mundo de las publicaciones, tan velozmente cambiante.

La divulgación eficaz y a tiempo de los resultados de las investigaciones es esencial para conseguir estándares elevados y para efectuar innovaciones en las investigaciones y en los servicios clínicos. A menudo, en los países con recursos económicos bajos o medios, los clínicos sólo disponen de los resúmenes gratuitos de las publicaciones. Los resúmenes suelen ser breves y en muchos casos están deficientemente redactados, con lo que inducen a confusión (1). La proporción 10-90% en la publicación de la bibliografía sobre salud mental internacionalmente accesible también es evidente y no se ha modificado. En estudios recientes se ha observado que la mayor parte de los artículos publicados en las revistas de alto impacto procede de los países más ricos (2-4). En una búsqueda efectuada en la base de datos Web del Science Institute for Scientific Information (ISI), analizando los artículos publicados entre 1992 y 2001, se observó que los países con recursos económicos bajos y medios (n = 152) publicaron solamente el 6% de los artículos, los países con recursos económicos altos (n = 54) publicaron el 94% de los artículos, y los 14 países con mayores recursos económicos publicaron el 90% de las investigaciones sobre salud mental internacionalmente accesibles (5). En una declaración conjunta de los editores de revistas científicas que publican artículos sobre salud mental y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ofrecieron algunos consejos para corregir estos desequilibrios (6).

El programa de publicaciones de la WPA está comprometido en la corrección de esta desigualdad y en la mejora del intercambio de información entre psiquia-

tras, científicos, otros profesionales, políticos, planificadores y público, con independencia de su país de residencia y de los recursos económicos de éste. El programa tiene dos objetivos principales. El primero es la divulgación de información relativa a los avances clínicos, de investigación y de prestación de servicios más significativos, de manera que esta información pueda llegar a la mayor cantidad posible de psiquiatras en los distintos países del mundo. El segundo objetivo es el fomento de las contribuciones de los psiquiatras de todas las regiones del mundo, en forma de artículos de investigación, comentarios o informes sobre la salud mental o sobre las innovaciones más importantes en los servicios. Se intenta alcanzar estos objetivos a través de varias vías: mediante la revista *World Psychiatry* (la publicación oficial de la WPA); a través de diversas series de libros; mediante actividades conjuntas con el programa educativo y las secciones científicas de la WPA, y a través de la realización de actividades en colaboración con otras organizaciones. El acceso gratuito y de coste reducido a las publicaciones de la WPA es una característica importante del programa y se pretende alcanzar a través de dos medios.

El primero es la publicación de *World Psychiatry* en sus versiones impresa y electrónica. Esta revista se publica en tres ediciones (en inglés, en español y en chino) y actualmente está indizada en PubMed, Current Contents/Behavioural Sciences, Current Contents/Clinical Medicine y Science Citation Index. Recoge de manera regular contribuciones procedentes de todas las regiones del mundo. Es considerada una revista internacional dirigida hacia los investigadores y los promotores de la salud mental de todo el mundo (2). *World Psychiatry* se remite de forma gratuita a más de 32.000 psiquiatras de 121 países. La revista también se publica en una versión electrónica de acceso gratuito a través de PubMed (www.pubmedcentral.nih.gov/tocrender.fcgi?journal=297&action=archive), a través del sitio Web de la WPA y de los sitios Web de las diferentes Sociedades miembro y Secciones de la WPA. En la actualidad, *World Psychiatry* es un importante medio de transmisión a través del cual los autores de todos los países pueden conseguir una amplia divulgación de sus estudios de investigación de alta calidad, y su inclusión en los índices de las bases de datos internacionales. El acceso gratuito contribuye a incrementar la repercusión mun-

dial de las investigaciones procedentes de los países con recursos económicos bajos o medios.

La colaboración con los editores de los libros de la WPA constituye el segundo medio para acceder de manera gratuita o con un coste bajo a las publicaciones de la WPA. La WPA ha establecido una productiva asociación con la editorial Wiley-Blackwell, lo que ha dado lugar a la aparición de la serie *Evidence and Experience* y de otros libros. La información relativa a la adquisición de la serie y de otros libros se ofrece en el sitio Web de la serie (eu.wiley.com/WileyCDA/Section/id-303180.html). El último libro publicado por Wiley-WPA, en marzo de 2007, se titula *The Mental Health of Children and Adolescents: An Area of Global Neglect*. Ha sido editado por H. Remschmidt, B. Nurcombe, M.L. Belfer, N. Sartorius y A. Okasha, y presenta los aspectos más interesantes del Programa presidencial sobre salud mental infantil de la WPA (WPA Presidential Programme on Child Mental Health), constituyendo así una llamada mundial a la acción, dirigida a los profesionales de la salud mental y a los responsables de las políticas de salud.

Wiley-Blackwell ofrece un descuento del 15% a los miembros individuales de las Sociedades miembro de la WPA en el precio de compra de todos sus libros ([v. www.Wiley.com](http://www.Wiley.com)). Además, todos los libros de la WPA también se ofrecen en Internet a través de Wiley InterScience Online-Books™, con resúmenes gratuitos y con acceso mediante suscripción a los distintos capítulos. Los psiquiatras de los países más ricos pueden acceder a estos productos a través de cuentas individuales o institucionales. Un beneficio importante para los profesionales que trabajan en los países de recursos bajos o medios es el siguiente: desde la primera publicación de Wiley-Blackwell, las personas de los países de bajos recursos tienen un acceso gratuito a todos los libros médicos, incluyendo todos los títulos de la WPA, a través de la Health Inter-Network Access to Research Initiative (HINARI); las personas residentes en los países de recursos medios pagan una pequeña cantidad. HINARI ofrece a las instituciones locales y sin ánimo de lucro de los países en vías de desarrollo, a través de Internet, un acceso gratuito o con un coste muy bajo a miles de revistas importantes y libros de biomedicina y de ciencias sociales relacionadas. HINARI se implementó en 2002 y constituye una de las colecciones mundiales de mayor tamaño de

bibliografía biomédica y de salud. En el momento presente, en HINARI están registradas 2.000 instituciones pertenecientes a 106 países. En el mundo hay 113 países que cumplen los criterios para su pertenencia a HINARI. La OMS controla el sitio Web de HINARI, con el apoyo de la Yale University Library.

Otras noticias recientes son la finalización del acuerdo entre Wiley-Blackwell y la WPA para la publicación electrónica, a través de Wiley InterScience, de la importante serie denominada *Anthologies of Classic Psychiatry Texts*, dirigida por D. Moussaoui. Esta serie reúne textos clásicos que nunca habían sido publicados en idioma inglés, con notas biográficas y bibliográficas sobre sus autores. Se ha obtenido el permiso de Wiley-Blackwell para la publicación de las antologías en francés, italiano y español. Recientemente se ha publicado la *German Anthology of Psychiatric Texts*, editada por H. Sass, y se conseguirá un acuerdo del mismo tipo con Wiley-Blackwell. Estos libros se ofrecerán a través de Internet (de manera gratuita o con un coste reducido para las personas e instituciones que cumplen los criterios ya señalados). Wiley-Blackwell también está considerando la publicación de estas antologías en papel y con un sistema a demanda, de manera que todas las personas tengan acceso a la edición impresa, si así lo solicitan. La disponibilidad de estos textos a perpetuidad constituye un recurso de enorme importancia para los psiquiatras y los investigadores.

Rowman & Littlefield publicó en julio de 2006 *Psychiatry and Sexual Health: An Integrative Approach*, editado por J.E.

Mezzich y R. Hernandez en nombre del Programa educativo sobre salud sexual de la WPA (WPA Educational Program on Sexual Health). Actualmente, está en fase de producción un volumen sobre el diagnóstico y la formulación cultural. Entre los diversos aspectos negociados con respecto a estos libros, es destacable el acuerdo para publicarlos en el sitio Web de la WPA, de manera que se pueda acceder gratuitamente a ellos 18 meses después de su fecha original de publicación.

El mundo de la edición está sufriendo cambios radicales. A medida que las publicaciones pasan del papel al formato digital, se plantean nuevas posibilidades de mejora en el acceso al conocimiento científico y en el fomento de su divulgación (7). M. Rondon, miembro del Comité operativo de publicaciones de la WPA, me informó acerca de un sitio Web de noticias en el que se anunciaba que CrossRef (www.crossref.org), una asociación de editores sin ánimo de lucro cuyo objetivo es mejorar el acceso a publicaciones eruditas mediante técnicas de colaboración, ha acordado recientemente con la International Network for the Availability of Scientific Publications (INASP; www.inasp.info) la inclusión en su red de enlaces de las revistas procedentes de los países en vías de desarrollo. Esta asociación contribuirá a la misión de la INASP de potenciar el acceso a la información en todo el mundo, y a su trabajo con los editores de los países en vías de desarrollo y en fase de transición para mejorar la calidad y la difusión de sus publicaciones. Wiley es miembro fundador de CrossRef. A través de su colaboración con

Wiley, con la OMS y con otras organizaciones, la WPA se propone que los psiquiatras y los pacientes psiquiátricos de todo el mundo puedan beneficiarse de estos avances. Al mismo tiempo, tenemos que confiar en que la rapidez de los progresos en las publicaciones digitales se acompañe de una también rápida reducción de las desigualdades existentes en este campo.

World Psychiatry 2007; 6:190-192

Bibliografía

1. Short R. Peer review will become "the job of the many, not the select few". *Br Med J* 2007;334:30.
2. Patel V, Kim R-I. Contribution of low- and middle-income countries to research published in leading general psychiatry journals, 2002-2004. *Br J Psychiatry* 2007;190:77-8.
3. Patel V, Sumathipala A. International representation in psychiatric literature: survey of six leading journals. *Br J Psychiatry* 2001; 178:406-9.
4. White J, Patel V, Herrman H. Australian and New Zealand contribution to international mental health: a survey of published research. *World Psychiatry* 2007;6:49-53.
5. Saxena S, Paraje G., Sharan P et al. The 10/90 divide in mental health research: trends over a 10-year period. *Br J Psychiatry* 2006;188:81-2.
6. Saxena S, Sharan P, Saraceno B. Research for Change: the role of scientific journals publishing mental health research. *World Psychiatry* 2004;3:66-72.
7. Watson R. EC to promote open access publishing. *Br Med J* 2007;334:389.