

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 4, Número 3



Diciembre 2006

EDITORIAL

El Congreso Internacional de Estambul y el crecimiento continuado de nuestra especialidad
J.E. MEZZICH 129

ARTÍCULOS ESPECIALES

Detección temprana de la esquizofrenia: datos actuales y perspectivas futuras
H. HÄFNER, K. MAURER 130

Calidad de vida y trastornos mentales: desafío para la investigación y para la práctica clínica
H. KATSCHNIG 139

¿Debe ignorar la Psiquiatría general la somatización y la hipocondría?
E. CREED 146

FORUM – REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA HOY

Rehabilitación psiquiátrica hoy: una perspectiva general
W. RÖSSLER 151

Comentarios

Puntualizaciones respecto a la rehabilitación psiquiátrica
R.P. LIBERMAN 158

Infrautilización de la rehabilitación psiquiátrica
R. CANCRO 159

Difusión de dos modelos eficaces de rehabilitación
R. WARNER 160

Definición de las intervenciones de rehabilitación psiquiátrica: una práctica basada en la evidencia y en valores
M. FARKAS 161

Rehabilitación psicosocial y trastornos mentales graves: el abordaje de la salud pública
A. BARBATO 162

Rehabilitación psiquiátrica en la época de la globalización
M.G. MADIANOS 163

Rehabilitación psiquiátrica y su función actual en los países en vías de desarrollo
P. DEVA 164

Rehabilitación psiquiátrica hoy: una perspectiva africana
F.N. KIGOZI, E. KINYANDA 166

Una petición relativa a las 22 normas estándar de las Naciones Unidas y una solicitud para la redefinición de la Psiquiatría
R. VAN DER MALE 166

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Factores de riesgo para la esquizofrenia. Datos de seguimiento en el Northern Finland 1966 Birth Cohort Study
M. ISOHANNI, J. MIETTUNEN, P. MÄKI, G.K. MURRAY, K. RIDLER Y COLS. 168

Relación entre depresión y remisión en el primer episodio de psicosis
P. OOSTHUIZEN, R. EMSLEY, D. NIEHAUS, L. KOEN, B. CHILIZA 172

Comprensión del término «esquizofrenia» por parte de la sociedad británica
J. LUTY, D. FEKADU, A. DHANDAYUDHAM 177

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

Atlas de salud mental de la Organización Mundial de la Salud 2005: implicaciones para el desarrollo de normativas políticas
S. SAXENA, P. SHARAN, M. GARRIDO CUMBRERA, B. SARACENO 179

Ética en Psiquiatría: marco general
F. LOLAS 185

CARTA AL DIRECTOR

NOTICIAS DE LA WPA

Una agenda para el cambio: la función de la WPA en la educación psiquiátrica global
A. TASMAN 189

Avance del conocimiento científico a través de la investigación cooperativa internacional
M.R. JORGE 190

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 4, Número 3



Diciembre 2006

Traducción íntegra de la Edición Original

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

EDICIÓN ORIGINAL

Editor: M. Maj (Italy)

Associate Editor: H. Herrman (Australia)

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

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

EDICIÓN EN ESPAÑOL

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

Periodicidad: 3 números al año

Disponible en Internet: www.ArsXXI.com/WP

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

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

Ars Medica

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

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

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

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

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

© Copyright World Psychiatric Association

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

Publicación que cumple los requisitos de soporte válido

ISSN: 1697-0683

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

Depósito Legal: B-34.071-2003

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

Reservados todos los derechos.

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

Traducido por Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., del original en lengua inglesa (Volumen 5, Número 3, 2006). La responsabilidad de la traducción recae sólo en Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., y no es responsabilidad de la World Psychiatric Association (WPA).

Translated by Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., from the original English language version (Volume 5, Number 3, 2006). Responsibility for the accuracy of the Spanish language rests solely with Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., and is not the responsibility of the World Psychiatric Association (WPA).

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

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

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

El Congreso Internacional de Estambul y el crecimiento continuado de nuestra especialidad

JUAN E. MEZZICH

President, World Psychiatric Association

El Congreso Internacional de 2006 de la WPA se llevó a cabo entre los días 12 y 16 de julio en Estambul. Según muchas opiniones, esta reunión de los psiquiatras de todo el mundo fue una de las de mayor éxito realizadas por la WPA.

Todos llegamos a la antigua Constantinopla (con 600 años de historia otomana), hasta la parte de la ciudad en la que el Bósforo une Europa y Asia, con el objetivo de renovar nuestro compromiso con la aspiración original de los fundadores de la WPA respecto a la creación de una identidad profesional unificada que superara las barreras geográficas y lingüísticas. Pudimos experimentar las vibraciones de las civilizaciones antiguas, la armonía entre la mente, el cuerpo y el contexto, lo que constituyó un estímulo hacia la exploración de las nuevas informaciones y las nuevas realidades.

El diseño y la organización del Congreso de Estambul se beneficiaron del hecho de que desde su inicio, y por primera vez, se aplicó un conjunto de principios para el desarrollo del congreso. Estos principios fueron los siguientes: desarrollar un tema central, *Psiquiatría: singularidad y universalidad*; propiciar la excelencia científica, enfatizando la integración biopsicosocial; presentar toda la riqueza de nuestro mundo tan diverso, considerando especialmente la actual encrucijada europea e intercontinental; promover la colaboración internacional en todos los ámbitos, subrayando la perspectiva WPA/Organización Mundial de la Salud (OMS); optimizar el desarrollo profesional continuado, centrado en los programas dirigidos hacia los psiquiatras jóvenes; avance del Plan estratégico actual de la WPA, subrayado por la ponencia *Consolidación institucional e impacto global: hacia una Psiquiatría de la persona*, y promover la participación de las sociedades miembro y de las secciones científicas de la WPA.

Los distintos abordajes del tema central, *Psiquiatría: singularidad y universalidad*, estimularon de manera programática la articulación de lo científico con lo humanista, de lo objetivo con lo subjetivo, de lo estandarizado con lo personalizado, de las explicaciones con los conocimientos y de la medicina clínica con la salud pública. Aproximadamente 50 ponentes invitados, incluyendo algunos de los científicos y clínicos más prestigiosos de nuestro campo procedentes de todos los continentes, ofrecieron conferencias en las que se recogieron las innovaciones en áreas fundamentales, tales como las neurociencias, la Psiquiatría psicodinámica y social, y diversos problemas psicopatológicos graves con nuevos abordajes asistenciales, así como las dificultades planteadas por los desastres y la violencia, y -lo último, pero no por ello lo menos importante- la conceptualización de una Psiquiatría centrada en la persona. Se organizaron más de 100 simposios que cubrieron prácticamente la totalidad de los campos de nuestra especialidad, gracias a los esfuerzos de las Secciones científicas, los Representantes de zona, las sociedades miembro, la industria y el conjunto de los colegas en general. La realización de más de 50 cursos y seminarios ofreció la oportunidad del aprendizaje interactivo. En 11 proyecciones de vídeos se mostraron distintos aspectos de la creatividad y la salud mental. También se presentaron casi 50 sesiones clínicas, que fueron cálidamente acogidas; los casos fueron preparados por psiquiatras jóvenes según las directrices recogidas en el documento *International Guidelines for Diagnostic Assessment* de la WPA y fueron discutidos por clínicos eminentes. El Programa institucional de la WPA «Psiquiatría para la persona» llevó a cabo su primer seminario durante todo un día, con el objetivo de establecer las bases de diversos proyectos específicos:

marco conceptual, histórico y ético; diagnóstico clínico (contribuciones a la CIE-11 y al diseño de un modelo diagnóstico integrador); asistencia clínica (programas de estudios y ayudas educativas para la formación multidisciplinar de los clínicos), y salud pública (iniciativas epidemiológicas y de política sanitaria pública).

El desarrollo institucional de la WPA también ha experimentado en Estambul un gran avance. Los diversos organismos administrativos -Comité ejecutivo, Junta directiva, Consejo consultivo, Asamblea general, Comités permanente y operativo y numerosas Secciones científicas- llevaron a cabo más de 100 horas de reuniones organizativas. Se abrieron nuevas páginas institucionales a través de las reuniones de las Regiones de la WPA (América del Norte y América del Sur, Europa, África y Oriente Medio, y Asia/Oceanía), todas ellas representadas por los Representantes de zona correspondientes, con la participación de los directores de las sociedades miembro. Además, en una intensa reunión del Fellowship Program and Young Psychiatrist Council quedó plasmado el compromiso de la WPA respecto al futuro de nuestra especialidad. Como forma de ampliación del impacto y las alianzas estratégicas de la WPA, se llevaron a cabo reuniones y actividades científicas con organizaciones internacionales como la OMS, la World Federation for Mental Health, la World Federation of Neurology y la World Organization of Family Doctors. Toda esta amplia gama de actividades demuestra la importancia cada vez mayor que tienen los congresos internacionales en la vida de la WPA, especialmente en cuanto a la participación de las altas instancias administrativas y al funcionamiento interactivo.

Un programa cultural de una riqueza poco frecuente hizo vibrar nuestras fibras más íntimas: una exposición artística que mostraba las expresiones más interesantes del aspecto humano de la salud y la enfermedad, un conjunto de vibrantes conciertos de músicas clásica y popular, la proyección de películas que plantearon desafíos a nuestra comprensión de la mente humana, y visitas a monumentos históricos de distintas épocas y culturas. También hubo abundantes oportunidades para las conversaciones relajadas, el contacto con los viejos amigos y el establecimiento de amistades nuevas, todo ello en el más agradable de los marcos.

Todo lo señalado podría explicar fácilmente el éxito del Congreso de Estambul y la satisfacción percibida por muchos de sus participantes procedentes de más de 100 países. Sin embargo, este congreso ha sido algo más que la suma de sus partes. La extraordinaria capacidad organizativa demostrada por el principal responsable de la organización, Levent Küey, que puso además un toque de gran elegancia, con la colaboración de su sólido equipo, de nuestras estimadas sociedades miembro turcas y de una muy destacada empresa organizadora de congresos, permitieron aunar todos los elementos para que el evento fuera estimulante y encantador.

Como ejemplo de la pléyade de felicitaciones recibidas inmediatamente después de la celebración del Congreso de Estambul, un respetado psiquiatra universitario con experiencia intercontinental envió el correo electrónico siguiente: «No tengo la costumbre de escribir cartas a los organizadores de todas las reuniones profesionales [...]. A través de un congreso excepcionalmente bien planteado, ustedes han elevado aún más el nivel de la WPA». Melbourne y Praga están tomando nota.

Detección temprana de la esquizofrenia: datos actuales y perspectivas futuras

HEINZ HÄFNER, KURT MAURER

Schizophrenia Research Unit, Central Institute of Mental Health, J5, D-68159 Mannheim, Germany

La investigación relativa a la evolución temprana de la esquizofrenia ha permitido identificar una fase prodrómica prepsicótica (duración media: 4,8 años) y una prefase psicótica (duración media: 1,3 años). Las comparaciones entre muestras apareadas por separado han puesto en evidencia síntomas prodrómicos comunes a la esquizofrenia y a la depresión de grados moderado y grave. La distinción entre una psicosis y un trastorno del estado de ánimo no es posible hasta que aparecen los síntomas positivos. En ambas enfermedades la fase prodrómica temprana produce una alteración funcional inicial, con las consecuencias sociales correspondientes. Por lo tanto, la intervención temprana tiene una gran relevancia en salud pública. Esta intervención se dirige hacia los síntomas manifiestos y no hacia el proceso patológico subyacente, todavía desconocido. La aplicación de la terapia cognitivo-conductual en la fase prodrómica prepsicótica parece influir de manera favorable en la evolución a corto plazo de la enfermedad. En la prefase psicótica, la combinación de dicha terapia con la administración de dosis bajas de fármacos antipsicóticos parece tener una cierta eficacia. El objetivo del diagnóstico temprano con los instrumentos considerados en este artículo es la identificación del mayor número posible de personas con riesgo en las fases lo más tempranas posibles, así como la aplicación del tratamiento apropiado.

Palabras clave: esquizofrenia, síntomas prodrómicos, depresión, diagnóstico temprano, intervención temprana

Durante los dos últimos decenios se ha prestado una gran atención al hecho de que el primer contacto con los servicios de salud mental de los pacientes que sufren psicosis suele estar precedido por un período de evolución de la enfermedad de varios años de duración (1-5). El diagnóstico y la intervención terapéutica tempranos han alimentado la esperanza de la prevención o el retraso del inicio de la psicosis, de la reducción de su gravedad o, al menos, del alivio de las consecuencias personales y sociales de la enfermedad. Tras el trabajo pionero de McGorry y de su grupo de Melbourne, en muchos países se han creado centros para el diagnóstico y la intervención terapéutica tempranos en los pacientes con psicosis (6).

Kraepelin (7) ya describió la aparición de «alteraciones de carácter leve en el estado de ánimo, que pueden ser recurrentes o persistir durante semanas, meses o incluso años, como signo premonitorio único de un trastorno mental inminente». Los primeros estudios sistemáticos de la fase prodrómica de la esquizofrenia fueron realizados por Sullivan (8) y Cameron (9, 10) con el objetivo de iniciar la intervención terapéutica temprana, pero estos intentos no tuvieron éxito. Tras la Segunda Guerra Mundial, Conrad (11) y Docherty y cols. (12) propusieron modelos de estadios de la enfermedad progresiva, pero no fue posible reproducir adecuadamente dichos modelos (13), lo que constituyó una oportunidad perdida para el desarrollo de abordajes eficaces en la intervención terapéutica temprana.

Durante los dos últimos decenios se han desarrollado varios instrumentos para el reconocimiento temprano de la esquizofrenia. Su objetivo ha sido la identificación de las personas con un riesgo de psicosis lo suficientemente elevado para permitir un diagnóstico y una intervención tempranos. Dada la imposibilidad de realización de estudios prospectivos sobre población general para evaluar el inicio y las fases tempranas de la enfermedad, a consecuencia de la baja incidencia de la esquizofrenia y de la elevada incidencia de las formas de inicio atípico, estos instrumentos se desarrollaron a través de estudios retrospectivos. En la práctica clínica, los fenómenos psicopatológicos que se pueden utilizar para la discriminación diagnóstica temprana o para la predicción del inicio de un episodio psicótico son: a) los signos y síntomas prodrómicos característicos, b) los déficit neuropsicológicos abordados en los tests cognitivos (14) y c) las características de la evolución de la enfermedad.

Todavía no existen marcadores biológicos potentes que permitan el diagnóstico temprano de los trastornos psicóticos. En el estudio de las personas de riesgo alto efectuado en Edinburgo (15) y en el programa de intervención temprana del grupo de Melbourne (16) los probandos de riesgo alto que evolucionaron ha-

cia la psicosis mostraron una reducción significativa del volumen del área hipocampo-parahipocampal, en comparación con los probandos de riesgo alto que no evolucionaron hacia la psicosis. Sin embargo, este hallazgo de gran interés teórico no tiene aplicación en la práctica clínica.

RECONSTRUCCIÓN DE LA EVOLUCIÓN TEMPRANA DE LA ESQUIZOFRENIA Y DE SUS CONSECUENCIAS

En el estudio ABC Schizophrenia Study (3), nuestro grupo evaluó una muestra de la población general constituida por 232 pacientes con un primer episodio de trastornos del espectro de la esquizofrenia (CIE-9: 295, 297, 298.2, 298.4), de 12 a 59 años de edad, en comparación con un grupo de personas sanas equiparadas en cuanto a la edad y el sexo, y residentes en la misma zona del estudio. Los pacientes fueron evaluados mediante el instrumento Retrospective Assessment of the Onset and Course of Schizophrenia and Other Psychoses (IRAOS) (17). En función de estos datos se definieron dos fases en la evolución temprana de la enfermedad, con implicaciones para la identificación del riesgo y la intervención terapéutica: a) una fase prodrómica prepsicótica, desde el primer signo de la enfermedad hasta el primer síntoma psicótico, con una duración media de 4,8 años (mediana: 2,33 años), y b) una prefase psicótica, desde el primer síntoma positivo hasta la primera hospitalización, con una duración media de 1,3 años (mediana: 0,8 años), de manera que transcurrieron 1,1 años hasta el pico máximo de gravedad del primer episodio, más 2 meses hasta la primera hospitalización. Los valores de la mediana inferiores a los valores de la media reflejaron la preponderancia de las duraciones breves. En conjunto, el 18 % de los pacientes presentó una forma de inicio de tipo agudo a lo largo de 4 semanas o menos; el 15 %, una forma de inicio de tipo subagudo a lo largo de un período de hasta 1 año, y el 68 % una forma de inicio de tipo crónico de 1 o más años. Sólo el 6,5 % de los cuadros de inicio cursó únicamente síntomas positivos (18).

La tabla 1 ofrece una visión general de los resultados obtenidos en estudios seleccionados en los que se evaluaron la duración de la enfermedad no tratada (DENT), la duración de la psicosis no tratada (DPNT) o ambas. Los resultados relativos a la DENT muestran diferencias mayores entre sí, a consecuencia de las dificultades que conlleva la definición precisa del momento de inicio de la enfermedad y debido también a la falta de aplicación de instrumentos adecuados de valoración en la mayor parte de los estudios. En aproximadamente las tres cuartas partes de los casos

Tabla 1 Duración media de la prefase de la esquizofrenia desde el inicio (primer signo, primer síntoma psicótico) hasta el primer contacto del paciente con el sistema asistencial o hasta su primera hospitalización, en estudios seleccionados (modificado de referencia 26)

Autores	N	Tiempo transcurrido desde el primer signo (años)	Tiempo transcurrido desde el primer síntoma psicótico (años)
Gross (1) (Alemania, 1969)	290	3,5	
Lindelius (19) (Suecia, 1970)	237		4,4
Huber y cols. (2) (Alemania, 1979)	502	3,3	
Loebel y cols. (20) (EE UU, 1992)	70	2,9	1,0
Beiser y cols. (21) (Canadá, 1993)	70	2,1	1,0
McGorry y cols. (4) (Australia, 1996)	200	2,1	1,4
Lewine (22) (EE UU, 1980)	97		1,9
Häfner y cols. (3) (Alemania, 1995)	232	4,8	1,1
Johannessen y cols. (23) (Noruega, 1999)	43		2,2
Ho y cols. (24) (EE UU, 2003)	156	2,7	1,4
Köhn y cols. (25) (Alemania, 2003)		5,9	

el inicio de la esquizofrenia tuvo lugar a través de síntomas depresivos y negativos de desarrollo lento, con alteraciones funcionales y disfunción cognitiva progresiva (27).

La DPNT, evaluada en un elevado número de estudios, depende de la intensidad y la velocidad de acumulación de los síntomas, de la aparición de comportamientos de búsqueda de ayuda y de la existencia de los servicios de salud mental apropiados (28-30). La DPNT puede ser menor cuando se potencian los dos últimos factores. La aplicación de un programa para la educación y la concienciación tanto de la población general como de los servicios sanitarios en una región de Noruega contribuyó, posiblemente, a reducir la DPNT desde 2,5 hasta 0,5 años (31).

En la mayor parte de los estudios se demostró que la DPNT prolongada era un factor predictivo de la evolución desfavorable de la enfermedad (4, 20, 32-36). Se asoció a una evolución más grave del primer episodio y a todas las consecuencias relacionadas con el último (es decir, riesgos mayores, hospitalizaciones más prolongadas, costes económicos superiores) (35-37). En un pequeño número de estudios también se detectaron déficit neuropsicológicos sostenidos, puntuaciones mayores en los síntomas negativos y en la desorganización, y una evolución funcional desfavorable (38-40). Todavía no se ha determinado si la DPNT prolongada también se asocia a una incidencia mayor de recaídas psicóticas, tal como han señalado algunos autores (32, 41), debido a que no son frecuentes los seguimientos a largo plazo.

Kraepelin (7) consideró que los brotes floridos de la enfermedad (episodios psicóticos) dan lugar a diversas consecuencias irreversibles, que denominó defectos. Este concepto implica que la esquizofrenia muestra un curso de deterioro progresivo, de manera que cada episodio psicótico representa el descenso de un escalón en este proceso (42). A través de una reformulación del modelo de Kraepelin, Wyatt (43) y Lieberman y cols. (44) postularon que la psicosis no tratada podría constituir un proceso mórbido

Tabla 2 Los 10 signos tempranos más frecuentes en la esquizofrenia (independientemente del curso) señalados por los pacientes (modificado de referencia 3)

	% del total (n = 232)	% de varones (n = 108)	% de mujeres (n = 124)
Inquietud	19	15	22
Depresión	19	15	22
Ansiedad	18	17	19
Dificultades de razonamiento y concentración	16	19	14
Preocupación	15	9	20*
Falta de autoconfianza	13	10	15
Falta de energía, lentitud	12	8	15
Rendimiento laboral bajo	11	12	10
Retraimiento social, desconfianza	10	8	12
Retraimiento social, comunicación	10	8	12

*Significativamente más frecuente en las mujeres, $p < 0,05$.

activo con características tóxicas para el sistema nervioso central. Este proceso debe ser tratado y controlado lo antes posible, para impedir que se convierta en un problema crónico (44, 45). McGlashan y Johannessen (46) propusieron la hipótesis de que los medicamentos antipsicóticos y la estimulación social pueden preservar la plasticidad del sistema nervioso central en esta fase tan sensible. Lieberman y cols. (44) interpretaron los resultados obtenidos en un ensayo clínico de 2 años de duración efectuado con control como indicativos de que la administración de las dosis apropiadas de olanzapina puede interrumpir el proceso de lesión cerebral de carácter tóxico.

En nuestro grupo de 232 pacientes con un primer episodio de la enfermedad también se evaluó la aparición de alteraciones funcionales y de deterioro social (18, 47). La tabla 2 muestra los 10 signos iniciales más frecuentes en la esquizofrenia; éstos presentaron una frecuencia similar en varones y mujeres, excepto la preocupación, un ítem que también ha sido más frecuente en las mujeres que han participado en los estudios efectuados sobre población general. La aparición temprana de indicadores de alteración funcional, como las dificultades para el razonamiento o la concentración, o la pérdida de energía con retraimiento social, indica que existe un riesgo temprano de deterioro social.

En nuestro estudio seleccionamos seis roles sociales indicativos de una posición social básica, en la edad adulta y en la mayor parte de las culturas: escolaridad secundaria completa, formación laboral o profesional, empleo regular, autoabastecimiento, vivienda propia y matrimonio o pareja estable. La tabla 3 muestra que en el momento de inicio de la enfermedad, las personas que posteriormente presentaron psicosis no mostraban diferencias con respecto a las personas sanas del mismo sexo participantes en el grupo de control. Sin embargo, en la primera hospitalización se detectaron algunas diferencias significativas que indicaban claramente una tendencia hacia el deterioro social en las fases tempranas de la enfermedad. En cuanto a los roles sociales correspondientes a las edades más jóvenes (p. ej., la finalización de la enseñanza secundaria y de la formación profesional), los pacientes no mostraron diferencias significativas respecto a los controles, debido a que el inicio de la enfermedad no tuvo lugar con la frecuencia necesaria a estas edades jóvenes. El deterioro social máximo tuvo lugar en el dominio del matrimonio y de la pareja estable, lo que indica un déficit en la comunicación y en los comportamientos de pareja, que constituye un importante factor de riesgo para la psicosis, como lo han demostrado estudios efectuados en Suecia (48) e Israel (49, 50)

Tabla 3 Actividad del rol social en el momento en el que aparece el primer signo de trastorno mental y en el momento de la primera hospitalización en pacientes con esquizofrenia, en comparación con controles de la población general equiparados en cuanto a edad y sexo (modificado de referencia 18)

Rol social	Cumplimiento del rol social en el momento de inicio del primer signo de trastorno mental (%)		Cumplimiento del rol social en el momento de la primera hospitalización (%)	
	Pacientes (n = 57)	Controles (n = 57)	Pacientes (n = 57)	Controles (n = 57)
Escolaridad secundaria	65	61	93	95
Formación laboral o profesional	37	44	63	65
Empleo regular	33	42	44	58
Autoabastecimiento	37	42	49	74*
Vivienda propia	46	51	63	75
Matrimonio o pareja estable	47	58	25	68**

*p < 0,01; **p < 0,001.

En el trastorno del espectro de la esquizofrenia, la mayor parte del deterioro social tiene lugar durante las fases iniciales de la enfermedad, con la aparición de alteraciones funcionales y sociales. Después de la remisión del primer episodio psicótico, las puntuaciones medias de los indicadores sociales no muestran una tendencia manifiesta hacia el deterioro o la mejoría, en comparación con los controles sanos (18, 47, 51). A largo plazo, los resultados obtenidos en los tests neuropsicológicos (52, 53) suelen caracterizarse más por una estabilización que por un deterioro progresivo.

Una vez que se demostró que la evolución temprana de la esquizofrenia constituye la fase de mayor actividad en la evolución global de la enfermedad, que da lugar a la mayor parte de las consecuencias permanentes del trastorno (18, 47), se comenzó a considerar que la intervención terapéutica temprana era de fundamental importancia.

Los primeros estudios en los que se señaló de manera tentativa la eficacia de las intervenciones terapéuticas aplicadas en la fase temprana fueron publicados por McGorry y cols. (54), Lewis y cols. (55) y Bechdolf y cols. (56). En el primero de estos estudios, un grupo de pacientes con riesgo ultraelevado fue tratado con una combinación de dosis bajas de risperidona y terapia cognitivo-conductual, mientras que el grupo de control estuvo constituido por pacientes que recibían el tratamiento convencional a lo largo de 6 meses. En el segundo estudio (55) se comparó la terapia cognitivo-conductual con el tratamiento estándar. En ambos estudios, el riesgo ultraelevado –entre otros criterios– fue definido a través de los indicadores de una experiencia psicótica atenuada. En consecuencia, los probandos estaban próximos a la transición a la psicosis. Al cabo de un año de seguimiento, en ambos estudios se demostró una incidencia significativamente menor de transiciones hacia psicosis manifiesta en el grupo de tratamiento no convencional que en el grupo de tratamiento estándar. En el tercer estudio (56) la intervención terapéutica consistió en la aplicación de terapia cognitivo-conductual en la fase prodrómica prepsicótica. Esta intervención redujo significativamente los síntomas prodrómicos y demostró una tendencia a la disminución en la transición hacia la psicosis; no obstante, estos resultados deben ser confirmados a través de nuevos estudios, debido a la escasa duración del período de seguimiento y al pequeño tamaño de la muestra de pacientes.

DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y DEFINICIÓN DEL RIESGO

El diagnóstico temprano óptimo permitiría que muchas personas de riesgo elevado para la psicosis pudieran beneficiarse del

tratamiento temprano, pero este objetivo plantea un dilema importante: la predicción de un episodio psicótico y su discriminación diagnóstica respecto a otras enfermedades serán más fiables cuantos más criterios del DSM-IV o de la CIE-10 se cumplan. Apparentemente, la precisión diagnóstica y predictiva sólo pueden obtenerse a costa del retraso de la intervención terapéutica. La evaluación imprecisa del riesgo en las fases tempranas de la enfermedad daría lugar a una proporción elevada de casos falsamente positivos. Este problema ha suscitado el debate acerca de los aspectos éticos implicados (57, 58), dado que un tratamiento prematuro del riesgo de esquizofrenia daría lugar a una aflicción innecesaria y, posiblemente, también a una estigmatización de los pacientes y de sus familias, mientras que la reducción de la tasa de diagnósticos falsamente positivos podría excluir del tratamiento a una gran proporción de personas con riesgo.

Básicamente, este dilema tiene dos soluciones: a) aumento del riesgo, evaluando los síntomas premonitorios característicos en una fase más avanzada de los pródromos y b) la consideración adicional de factores de riesgo premórbidos. Estos criterios fueron incluidos en la definición del riesgo ultraelevado (59): a) síntomas psicóticos intermitentes atenuados y breves; b) pérdida de 30 o más puntos en la escala Global Assessment of Functioning (GAF) en el transcurso de 6 semanas, más un antecedente familiar de esquizofrenia o de personalidad esquizotípica. En el estudio de Melbourne, la proporción de cuadros de psicosis inicial diagnosticados correctamente en función de estos criterios fue de aproximadamente el 40 % a lo largo de un período de 1 año (60). Posiblemente, esta proporción habría sido mayor si el período evaluado hubiera sido más prolongado. El incremento del riesgo con este método, junto con un número de pacientes que es necesario tratar (NNT) de 4 (54) y las señales de una psicosis incipiente utilizadas hacen que la intervención terapéutica temprana pueda ser ética y económicamente más razonable.

En la definición de riesgo aplicada en el programa de diagnóstico e intervención terapéutica tempranos de la German Research Network on Schizophrenia también se consideraron factores de riesgo a lo largo de la vida (al menos un familiar en primer grado con esquizofrenia, complicaciones prenatales y perinatales) (61, 62). Otros factores indicativos de un incremento ligero del riesgo son el retraso del desarrollo durante la niñez (63), las deficiencias sociales y de comunicación durante la adolescencia (48, 50) y el consumo de *cannabis* (27, 64, 65).

Klosterkötter y cols. (5) aplicaron un abordaje «clínico» al problema del incremento del riesgo. Estos investigadores estudiaron a pacientes con sospecha de padecimiento de esquizofrenia que habían sido remitidos a uno de varios hospitales universitarios alemanes para el establecimiento del diagnóstico. En este grupo se realizó el seguimiento durante un período medio de 9,6 años

en un total de 160 probandos con riesgo de esquizofrenia. En conjunto, 69 desarrollaron psicosis según los criterios del DSM-IV, con una duración media de la fase prodrómica de 5,6 años (5). En este estudio, los autores evaluaron los «síntomas básicos» (66, 67) definidos a través de la Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS) (67). Estos síntomas existentes en la proximidad del inicio de la psicosis representan de forma natural un elemento discriminatorio importante y con una gran capacidad de predicción de la transición a la psicosis manifiesta, en comparación con los síntomas prodrómicos prepsicóticos inespecíficos. El porcentaje de casos en los que la predicción fue correcta fue del 78 %, con un valor predictivo negativo de 0,96 y un valor predictivo positivo de 0,70. La proporción de resultados falsamente positivos fue muy baja (20,6 %). Los elevados valores de potencia predictiva y especificidad diagnóstica sólo fueron posibles a través del estudio de probandos con un riesgo específico elevado y durante un período de tiempo prolongado. La ventaja de este abordaje es la existencia de un NNT óptimo bajo. La desventaja es que en la población general sólo una proporción pequeña de casos con riesgo (estimada en el 2 % por Warner [57]) responde favorablemente a la prevención secundaria.

Los métodos de potenciación del riesgo limitados a la enfermedad psicótica y centrados en los signos tempranos de la psicosis pasan por alto la fase prodrómica prepsicótica, habitualmente muy prolongada, que se acompaña a menudo de alteraciones cognitivas y funcionales, con deterioro de la relación social. Muchos de los pacientes que sufren progresivamente síntomas graves y que pierden su calidad de vida en la fase prodrómica de la psicosis no reciben tratamiento. Phillips y cols. (68) han subrayado la necesidad urgente de introducir el tratamiento en la mayor cantidad posible de pacientes que ya estén sufriendo síntomas prodrómicos relacionados con la enfermedad, los que conducen a una psicosis o, posiblemente, a algún otro trastorno mental grave. Los programas de concienciación pueden mejorar el comportamiento de búsqueda de ayuda y allanar el camino para la cobertura asistencial. La detección de las personas con riesgo alto se puede llevar a cabo a través de filtros consecutivos establecidos en el sistema asistencial, tal como han sugerido van Os y Delespaul (69) en referencia al trabajo de Goldberg y Thornicroft (70). La primera fase de la potenciación genérica del riesgo está fundamentada en la autoselección de las personas que consultan a los servicios de medicina primaria debido al padecimiento de problemas mentales. Para ello es necesaria la aplicación de instrumentos de detección que permitan la identificación de las personas con un riesgo moderado. Después, estas personas con riesgo son evaluadas mediante un estudio más detallado a través de un inventario de diagnóstico temprano con mayor capacidad discriminativa y predictiva. La fase de identificación del riesgo se debe llevar a cabo en los servicios especializados de salud mental o en centros de intervención temprana, que también tienen a su disposición una batería de tests neuropsicológicos y de instrumentos neurobiológicos. Este inventario de diagnóstico temprano en fases múltiples representa un sistema de filtros consecutivos que está siendo validado de manera prospectiva en la German Research Network on Schizophrenia y, simultáneamente, en Italia e Israel.

LA FASE PRODRÓMICA EN LA ESQUIZOFRENIA Y LA DEPRESIÓN

En un estudio prospectivo realizado sobre 3.021 probandos de la población general, de 14 a 24 años de edad, en los que se efectuó el seguimiento durante un período de hasta 3-5 años (seguimiento: $n = 2.538$), Wittchen y cols. (71) demostraron que el riesgo de inicio de la psicosis aumenta a medida que lo hace la incidencia de depresión (cociente de posibilidades [odds ratio, OR] = 2,9) y de ansiedad (OR = 1,9), mientras que disminuye cuando tam-

bién lo hace la incidencia de depresión (OR = 0,69) o de ansiedad (OR = 0,61). Nuestro grupo ha señalado que debe existir una asociación consecutiva-funcional entre ambos síndromes (27).

Con el objetivo de evaluar las similitudes y diferencias entre ambos trastornos, nuestro grupo ha estudiado una submuestra de 130 pacientes de 12 a 59 años de edad hospitalizados por primera vez a consecuencia de un trastorno del espectro de la esquizofrenia, y los ha comparado con 130 pacientes con características equiparables y también hospitalizados por primera vez a consecuencia del diagnóstico de depresión moderada (F32.10, 32.11) o grave (F32.2, 32.30, 32.31), así como con 130 controles sanos correspondientes a personas de la población general residentes en el área del estudio.

Los pacientes hospitalizados por primera vez y los controles fueron evaluados retrospectivamente mediante la IRAOS y, adicionalmente, mediante la Present State Examination (PSE) (72), la Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) (73), la Psychological Impairments Rating Schedule (PIRS) (74) y la Disability Assessment Schedule (DAS) (75, 76), con objeto de obtener datos relativos a los síntomas positivos y negativos, a la alteración funcional y a la discapacidad social, tanto en la primera hospitalización como a lo largo de un seguimiento de 6 meses. En el 81 % de los pacientes con esquizofrenia y en el 80 % de los pacientes con depresión, la evolución de la enfermedad anterior al primer contacto con el sistema asistencial tuvo un carácter más o menos natural, es decir, no estuvo influida por los medicamentos antipsicóticos ni antidepressivos. El intervalo transcurrido entre el primer signo de la enfermedad y la primera hospitalización fue significativamente mayor en la depresión (7,3 años) que en la esquizofrenia (5,3 años). Tal como demuestra la tabla 4, la esquizofrenia y la depresión comparten ocho de los 10 síntomas iniciales más frecuentes, en un orden bastante similar. Las diferencias significativas se limitan a los dominios de nerviosismo/inquietud y de embotamiento afectivo, que son más frecuentes en la esquizofrenia, así como al estado de ánimo depresivo que es más frecuente en la depresión. En esta fase temprana no parece factible una distinción diagnóstica.

Con excepción del comportamiento antisocial, la prevalencia de los 10 síntomas más frecuentes del curso temprano de la esquizofrenia y la depresión (desde el inicio hasta la primera hospitalización) difiere significativamente en los controles sanos durante el mismo período de edad (tabla 5), pero hay cinco síntomas que muestran una prevalencia casi igual en ambas enfermedades.

Así, los dos grupos de enfermedad muestran características similares entre sí, aunque son claramente distinguibles de los controles sanos en el curso temprano. Nuestro grupo interpretó que los síntomas básicos de la esquizofrenia y la depresión en la fase prodrómica (síntomas depresivos y negativos, y alteración funcional) constituyen un síndrome prodrómico básico común. En ambos trastornos, el síndrome básico persiste con frecuencia también durante las etapas posteriores del curso de la enfermedad (77).

En función de la valoración del comportamiento social y del desempeño del rol social evaluados mediante la DAS, el curso social temprano indicó la existencia de una alteración considerable en la relación social durante esta fase temprana. Dos años antes de la primera hospitalización más del 50 % de los pacientes de ambos grupos de enfermedad presentaba diferencias significativas respecto a los controles, con puntuaciones $DAS \geq 2$ en los dominios de rendimiento laboral, actividades en el hogar, comunicación y actividades de ocio.

Con el objetivo de definir de manera precisa el proceso de acumulación de síntomas, en nuestro estudio se evaluó el inicio de los 65 síntomas IRAOS en función de cinco categorías clínicas, sobre un eje cronológico que alcanzó hasta la primera hospitalización (fig. 1). En ambos trastornos, el inicio tuvo lugar a menudo con síntomas depresivos. Estos síntomas fueron seguidos por un elevado número de síntomas negativos, que se superpusieron parcialmente a los primeros. Sólo se hizo manifiesta una diferencia

Tabla 4 Los 10 síntomas iniciales más frecuentes en los pacientes con una primera hospitalización por esquizofrenia o con un episodio depresivo, equiparados en cuanto a edad y sexo (modificado de referencia 27)

Síntomas	Pacientes con esquizofrenia (n = 130)		Pacientes con episodio depresivo (n = 130)	
	%	Orden	%	Orden
Preocupación	19,2	4	14,1	5
Cefaleas u otros dolores y molestias	10,3		13,2	8
Nerviosismo, inquietud	21,9	2	6,2**	
Ansiedad	23,2	1	15,4	4
Dificultades en el razonamiento y la concentración	17,1	5	16,5	3
Estado de ánimo depresivo	20,6	3	34,9*	1
Pérdida de autoconfianza	11,9	8	14,0	6
Retraimiento social	11,6	9	13,3	7
Alteraciones del sueño o el apetito	15,0	6	21,9	2
Pérdida de energía, lentitud	13,5	7	8,5	10
Pérdida de la libido	4,1		8,5	10
Hipersensibilidad	3,3		9,3	9
Otras modificaciones afectivas (embotamiento, etc.)	11,1	10	0,8**	

Significativamente diferente entre los pacientes con esquizofrenia y depresión: *p < 0,05, **p < 0,001.

evidente tras el comienzo de los síntomas psicóticos y al incrementarse éstos, en la última franja de tiempo, 1 año antes de la primera hospitalización, como término medio. En la depresión grave los escasos síntomas psicóticos no mostraron un incremento a lo largo del tiempo.

Tabla 5 Prevalencia de los 10 síntomas más frecuentes en el curso temprano de la esquizofrenia y la depresión, y en controles sanos (modificado de referencia 27)

Síntomas	% esquizofrenia (n = 130)	% depresión (n = 130)	% controles (n = 130)	Esquizofrenia frente a depresión	Esquizofrenia frente a controles	Depresión frente a controles
Preocupación	74,6	94,6	26,9	***	***	***
Cefaleas u otros dolores o molestias	49,2	66,9	30,8	**	**	***
Nerviosismo, inquietud	88,3	81,5	27,7		***	***
Ansiedad	88,1	81,5	26,9		***	***
Dificultades de razonamiento o concentración	93,8	96,9	20,8		***	***
Estado de ánimo depresivo	84,9	100,0	46,9	***	***	***
Pérdida de la autoconfianza	68,3	89,2	35,7	***	***	***
Retraimiento social, actitud de sospecha	79,8	90,8	13,8	*	***	***
Alteraciones del apetito o el sueño	93,8	98,5	43,4		***	***
Pérdida de energía/lentitud	82,5	93,8	15,4	**	***	***
Irritabilidad	65,4	68,5	26,2		***	***
Estado de ánimo delirante	68,3	4,6	0,0	***	***	*
Interpretaciones delirantes, ideas delirantes de referencia	80,3	6,2	0,0	***	***	**
Hipersensibilidad	22,3	52,3	25,4	***		***
Comportamiento antisocial	15,3	14,6	22,3			
Reducción de las actividades del tiempo libre	63,5	89,1	15,5	***	***	***
Reducción de los intereses/participación ciudadana	33,9	87,7	3,8	***	***	***

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

Estos resultados sugieren que la depresión grave y la psicosis esquizofrénica comparten una fase prodrómica prepsicótica en la que es muy difícil diferenciar fiablemente ambos trastornos. El objetivo de la intervención terapéutica temprana durante la fase prodrómica prepsicótica es aliviar la depresión y los síntomas negativos, la alteración funcional y sus consecuencias sociales a través de la terapia cognitivo-conductual y de la reeducación en habilidades sociales (55, 61). No hay indicación de tratamiento farmacológico antipsicótico hasta que aparecen los síntomas psicóticos.

INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN PARA LA DETECCIÓN DE LAS PERSONAS CON RIESGO

Entre los instrumentos de valoración para la detección de las personas con riesgo de esquizofrenia están los de detección sistemática y los de diagnóstico temprano (78). El objetivo de los instrumentos de detección sistemática es el estudio de la población general para detectar el mayor número posible de personas con aumento en el riesgo. Para ello se realizan entrevistas breves, diseñadas fundamentalmente para personas que acuden a los servicios sanitarios de atención primaria en busca de ayuda por problemas mentales. En algunos casos también se utilizan cuestionarios de autoevaluación. La valoración más exhaustiva del riesgo en los servicios especializados en salud mental o en los centros de intervención terapéutica temprana requiere el uso de escalas detalladas para la definición de un síndrome prodrómico o de un episodio psicótico incipiente. Algunos instrumentos también permiten evaluar el malestar subjetivo causado por los síntomas, la gravedad sintomática y el curso a lo largo del tiempo.

Instrumentos de detección sistemática

El instrumento PRODScreen fue desarrollado por Heinimaa y cols. (79) en Finlandia sobre la base de la Structured Interview for

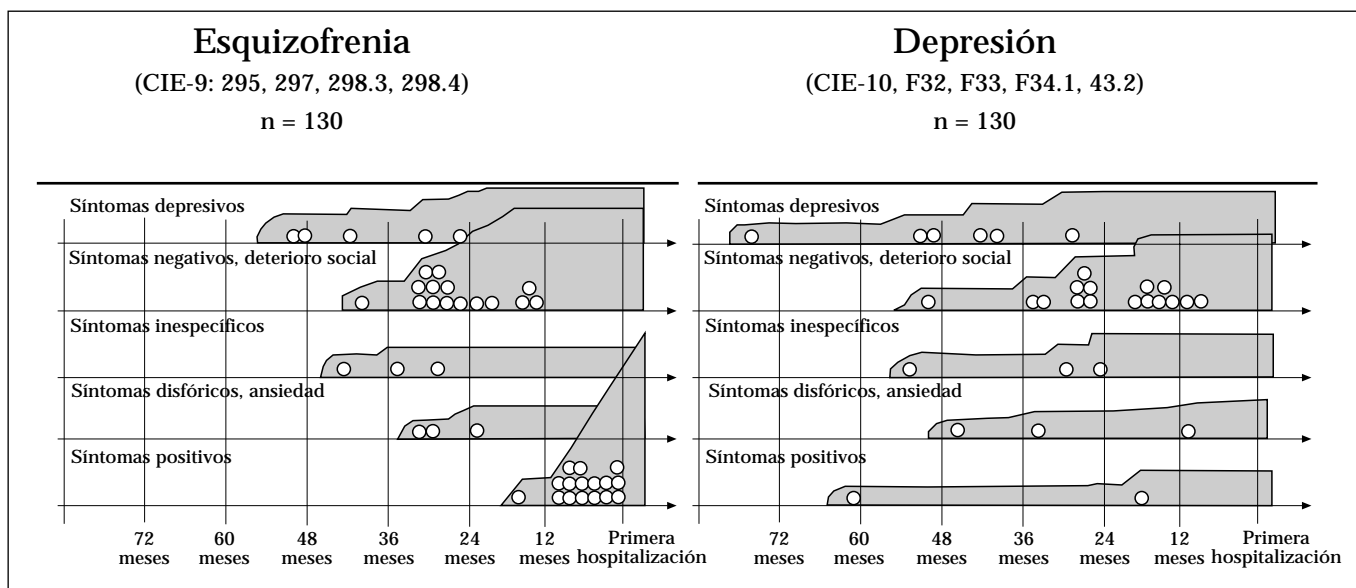


Figura 1 Momento de inicio de los síntomas según cinco categorías clínicas en el curso temprano de la esquizofrenia y la depresión, antes de la primera hospitalización (modificado de referencia 27).

Prodromal Symptoms (SIPS), la IRAOS y la BSABS, para el diagnóstico temprano de las personas con aumento en el riesgo de psicosis. También se puede utilizar en forma de autoevaluación o como entrevista telefónica. El instrumento PRODScreen aborda los síntomas en general (7 ítems) y los síntomas psicóticos atenuados o manifiestos (12 ítems), así como la actividad social (7 ítems). Este instrumento no es adecuado para la valoración de los trastornos del estado de ánimo.

Loewy y cols. (80) desarrollaron el Prodromal Questionnaire (PQ) como alternativa rápida al inventario completo de diagnóstico temprano, la SIPS. El PQ está constituido por 92 ítems para el abordaje de los síntomas prodrómicos y psicóticos. Su objetivo es la detección de las personas con riesgo, con objeto de evitar la aplicación de la SIPS completa en los casos negativos.

El Youth Psychosis at Risk Questionnaire (Y-PARQ) (81) fue diseñado para identificar a las personas con riesgo durante la fase prodrómica prepsicótica antes de que alcancen un riesgo ultraelevado. En el Y-PARQ se efectúan 92 preguntas relativas a los síntomas positivos, afectivos y negativos que aparecen en la fase prodrómica de la esquizofrenia. También es válido para el diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo. Este instrumento ha sido evaluado en niños y en estudiantes.

En el contexto del PRIME (el programa de intervención terapéutica temprana del grupo de McGlashan) se han desarrollado dos instrumentos: el instrumento de detección sistemática SIPS y el Early Screening Test for Schizophrenia and Psychosis. El instrumento de detección sistemática SIPS fue desarrollado por Miller y cols. (82) para la detección de las personas que presentan un aumento en el riesgo de psicosis. En una muestra de 36 pacientes en la que se realizó la comparación con la evaluación SIPS, 12 ítems alcanzaron una sensibilidad de 0,90 y una especificidad de 1. El Early Screening Test for Schizophrenia and Psychosis es una escala de 7 puntos dirigida hacia la valoración del trastorno de razonamiento psicótico, de las experiencias paranoides y de otras experiencias delirantes, así como de las alteraciones de la percepción. Fue diseñado para la detección de un primer episodio de psicosis y se puede obtener a través de Internet.

El Early Recognition Inventory based on the IRAOS (ERIraos) es una escala diagnóstica de dos niveles constituida por un instrumento de detección selectiva (Checklist, CL) y una lista de sín-

tomias (Symptom List, SL), desarrollada para la detección de las personas con un riesgo elevado de psicosis o de trastornos del estado de ánimo. La CL de 17 ítems se puede utilizar en forma de entrevista o de cuestionario en el contexto de la medicina primaria. Permite determinar las modificaciones en la mayor parte de los síntomas de malestar y tiene en cuenta los antecedentes familiares de esquizofrenia así como las complicaciones prenatales y perinatales. La puntuación liminar ponderada indica un incremento en el riesgo de padecimiento de psicosis o de algún trastorno del estado de ánimo, así como la necesidad de remisión del paciente a los servicios especializados de salud mental para una evaluación más detallada mediante la SL.

Instrumentos para el diagnóstico temprano

El instrumento Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS) (83) ha sido diseñado para la valoración prospectiva de los síntomas psicóticos subliminares en grupos de riesgo ultraelevado (59). Además de los criterios del riesgo ultraelevado, este instrumento permite evaluar los indicadores de la transición a la psicosis y facilita la reconstrucción del desarrollo desde un conjunto de síntomas atenuados y a menudo fluctuantes hasta los cuadros manifiestos de psicosis. Las dimensiones evaluadas son: trastornos del razonamiento, alteraciones de la percepción, desorganización conceptual, alteraciones motoras, trastornos de la emoción y el afecto, alteración de la energía y disminución de la tolerancia al estrés normal. Así, el objetivo es el abordaje de las fases psicóticas o de las fases próximas al inicio de la psicosis.

La SIPS es una entrevista semiestructurada relacionada con el instrumento de detección sistemática SIPS (82) ya mencionado. La psicosis se diagnostica a través de la Scale of Prodromal Syndromes (SOPS). La combinación SIPS/SOPS aborda a través de una escala de gravedad de 6 puntos un grupo de cinco síntomas psicóticos, un grupo de seis síntomas negativos y un grupo de cuatro síntomas de desorganización. Además, también se determinan la gravedad de los síntomas actuales (6 puntos) y la gravedad de los síntomas prepsicóticos (5 puntos). Este instrumento no aborda los cambios psicopatológicos. Desarrollado con el objetivo de identificar la psicosis incipiente, este instrumento es menos ade-

cuado para el abordaje de las fases prodrómicas prepsicóticas o para la determinación del riesgo de padecimiento de trastornos del estado de ánimo.

La BSABS (67) evalúa los «síntomas básicos» autopercebidos, así como los problemas mentales en la fase prodrómica prepsicótica o en la fase inmediatamente anterior al inicio de la psicosis. La BSABS está constituida por subescalas relativas a «deficiencia dinámica», «alteraciones del razonamiento, la percepción y la acción motora», «cenestésias», «alteraciones en los sistemas nerviosos central y vegetativo» y «trastornos del sueño».

A través de este instrumento, Schultze-Lutter y Klosterkötter (84) desarrollaron los Schizophrenia Prediction Instruments- Adult Versions (SPI-A), diseñados para la evaluación de siete grupos de síntomas básicos: tensión excesiva, déficit emocionales, dificultades cognitivas, alteraciones cognitivas, trastornos de la «percepción corporal», alteraciones perceptivas y motoras, y enajenaciones. No se abordan los gradientes de modificación en el desarrollo de los síntomas ni en el riesgo de padecimiento de trastornos del estado de ánimo. Este instrumento ha sido diseñado y validado adecuadamente para su uso en pacientes con esquizofrenia y con riesgo elevado de psicosis (84).

La IRAOS (17) y la ERiraos fueron desarrolladas en el contexto del ABC Schizophrenia Study (3) para la evaluación del inicio y del curso temprano de la esquizofrenia. La IRAOS incluye apartados relativos a la «biografía social», a los «recorridos asistenciales» y a una lista de 65 síntomas elaborada de manera empírica (17). Posteriormente, este instrumento fue ampliado para abordar los síntomas de los trastornos del estado de ánimo, facilitando así la evaluación del inicio y la duración de los síntomas en el curso temprano de la enfermedad.

La ERiraos, fundamentada en la IRAOS, fue diseñada para ser aplicada después del instrumento de detección selectiva CL. Incluye el 70 % de los síntomas abordados en la IRAOS, además de una serie de ítems seleccionados procedentes de otros instrumentos de detección temprana validados. Aborda un total de 110 signos, clasificados en 12 grupos sintomáticos. Con el objetivo de determinar la evolución del desarrollo de los síntomas, también se recoge una valoración mensual de la gravedad de los síntomas y de sus modificaciones. El malestar subjetivo se determina en la entrevista mensual. La ERiraos permite una valoración de la fase prodrómica prepsicótica, de los aspectos afectivos y de las dimensiones sistemáticas esquizofrénicas, así como de la evolución o las modificaciones a lo largo del tiempo.

CONCLUSIONES

La investigación del curso temprano de la esquizofrenia ha permitido identificar una fase prodrómica prepsicótica (duración media: 4,8 años) y una prefase psicótica (duración media: 1,3 años). Las comparaciones de muestras apareadas por separado en cuanto a las características individuales de sus componentes han demostrado la existencia de síntomas prodrómicos comunes a la esquizofrenia y a la depresión moderada o intensa. No es posible diferenciar la psicosis y los trastornos del estado de ánimo hasta que no aparecen los síntomas positivos. El inicio de ambos tipos de trastorno se caracteriza por un estado de ánimo depresivo. Durante el período de riesgo de 3 a 5 años, el incremento de la depresión y de la ansiedad como síntomas prodrómicos se asocia a un riesgo mayor de psicosis, mientras que la disminución de este tipo de síntomas prodrómicos se asocia a una reducción del riesgo de psicosis. La depresión se puede contemplar como una parte integral del proceso patológico que conduce a la psicosis. En ambos trastornos la fase prodrómica temprana da lugar a alteraciones funcionales, con consecuencias sociales. Por lo tanto, la intervención terapéutica temprana posee una gran relevancia desde el punto de vista de la salud pública y ofrece la

esperanza de aliviar los síntomas de la enfermedad y sus consecuencias.

La intervención terapéutica temprana se dirige hacia los síntomas manifiestos y no hacia el proceso patológico subyacente de la enfermedad, aún desconocido. La terapia cognitivo-conductual aplicada en la fase prodrómica prepsicótica parece influir de manera favorable en el curso de la enfermedad a corto plazo. Durante la prefase psicótica la combinación de la terapia cognitivo-conductual con la administración de dosis bajas de medicamentos antipsicóticos parece tener una cierta eficacia. No se han demostrado efectos a largo plazo.

El objetivo del diagnóstico temprano establecido con los instrumentos que se exponen en este artículo es la identificación, lo antes posible, de la mayor proporción posible de personas con riesgo, con objeto de que puedan recibir el tratamiento apropiado. Los centros de diagnóstico temprano no se deben centrar únicamente en la prefase psicótica y en el riesgo de psicosis esquizofrénica, sino también en el diagnóstico y la intervención terapéutica tempranos de los trastornos del estado de ánimo.

Agradecimientos

El estudio ABC fue financiado por la German Research Foundation (DFG); el Early Recognition Study ha sido financiado por el German Federal Ministry for Education and Research, y la validación del Early Recognition Inventory ha sido financiada por el German Federal Ministry of Education and Research, en el marco de la German Israeli Project Cooperation.

World Psychiatry 2006; 4:130-138

Bibliografía

1. Gross G. Prodrome und Vorpostensyndrome schizophrener Erkrankungen. In: Huber G (ed). Schizophrenie und Zyklothymie. Stuttgart: Thieme, 1969:177-87.
2. Huber G, Gross G, Schüttler R. Schizophrenie. Eine Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie. Berlin: Springer, 1979.
3. Häfner H, Maurer K, Löffler W et al. Onset and early course of schizophrenia. In: Häfner H, Gattaz WF (eds). Search for the causes of schizophrenia III. Berlin: Springer, 1995:43-66.
4. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C et al. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. Schizophr Bull 1996;22:305-26.
5. Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM et al. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. Arch Gen Psychiatry 2001;58:158-64.
6. Edwards J, Harris MG, Bapat S. Developing services for first-episode psychosis and the critical period. Br J Psychiatry 2005; 187(Suppl. 48):91-7.
7. Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte, 5th ed. Leipzig: Barth, 1986.
8. Sullivan SH. The onset of schizophrenia. Am J Psychiatry 1927; 6:105-34.
9. Cameron DE. Early diagnosis of schizophrenia by the general practitioner. N Engl J Med 1938;218:221-4.
10. Cameron DE. Early schizophrenia. Am J Psychiatry 1938;95:567-78.
11. Conrad K. Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Stuttgart: Thieme, 1958.
12. Docherty JP, van Kammen DP, Siris SG et al. Stages of onset of schizophrenic psychosis. Am J Psychiatry 1978;135:420-6.
13. Häfner H, Maurer K, Löffler W et al. Modeling the early course of schizophrenia. Schizophr Bull 2003;29:325-40.
14. Wagner M, Frommann I, Pukrop R et al. Cognitive and neurobiological risk indicators in early and late prodromal stages: new data from the German Research Network on Schizophrenia. Biol Psychiatry 2005;57:202-3.
15. Lawrie SM, Whalley HC, Abukmeil SS et al. Temporal lobe volume changes in people at high risk of schizophrenia with psychotic symptoms. Br J Psychiatry 2002;181:138-43.

16. Pantelis C, Velakoulis D, McGorry PD et al. Neuroanatomical abnormalities before and after onset of psychosis: a cross-sectional and longitudinal MRI comparison. *Lancet* 2003;361:281-8.
17. Häfner H, Löffler W, Maurer K et al. IRAOS – Interview for the retrospective assessment of the onset and course of schizophrenia and other psychoses. Göttingen: Hogrefe & Huber, 2003.
18. Häfner H, Maurer K, Löffler W et al. Onset and prodromal phase as determinants of the course. In: Gattaz WF, Häfner H (eds). *Search for the causes of schizophrenia, Vol. IV: Balance of the century*. Darmstadt: Steinkopff, 1999:35-58.
19. Lindelius R. A study of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1970;Suppl. 216.
20. Loebel AD, Lieberman JA, Alvir MJ et al. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1992;149:1183-8.
21. Beiser M, Erickson D, Flemming JAE et al. Establishing the onset of psychotic illness. *Am J Psychiatry* 1993;150:1349-54.
22. Lewine RJ. Sex differences in age of symptom onset and first hospitalization in schizophrenia. *Am J Orthopsychiatry* 1980;50:316-22.
23. Johannessen JO, Larsen TK, McGlashan T. Duration of untreated psychosis: an important target for intervention in schizophrenia? *Nord J Psychiatry* 1999;53:275-83.
24. Ho BC, Alicata D, Ward J et al. Untreated initial psychosis: relation to cognitive deficits and brain morphology in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003;160:142-8.
25. Köhn D, Niedersteberg A, Wieneke A et al. Frühverlauf schizophrener Ersterkrankungen mit langer Dauer der unbehandelten Erkrankung – eine vergleichende Studie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2003;71:1-5.
26. Häfner H, an der Heiden W, Löffler W et al. Beginn und Frühverlauf schizophrener Erkrankungen. In: Klosterkötter J (ed). *Frühdiagnostik und Frühbehandlung psychischer Störungen*. Berlin: Springer, 1998:1-28.
27. Häfner H, Maurer K, Trendler G et al. Schizophrenia and depression: challenging the paradigm of two separate diseases - A controlled study of schizophrenia, depression and healthy controls. *Schizophr Res* 2005;77:11-24.
28. Addington J, Van Mastrigt S, Hutchinson J et al. Pathways to care: help seeking behaviour in first episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:358-64.
29. Cougnard A, Kalmi E, Desage A et al. Pathways to care of first-admitted subjects with psychosis in South-Western France. *Psychol Med* 2004;34:267-76.
30. Fuchs T, Steinert T. Patients with a first episode of schizophrenia spectrum psychosis and their pathways to psychiatric hospital care in South Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:375-80.
31. Johannessen JO, Larsen TK, Horneland M et al. The TIPS Project. A systematized program to reduce duration of untreated psychosis in first episode psychosis. In: Miller T, Mednick SA, McGlashan TH et al (eds). *Early intervention in psychotic disorders*. Dordrecht: Kluwer, 2001:151-66.
32. Johnstone EC, Crow TJ, Johnson AL et al. The Northwick Park study of first episodes of schizophrenia: I. Presentation of the illness and problems relating to admission. *Br J Psychiatry* 1986;148:115-20.
33. Norman RM, Malla AK. Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. *Psychol Med* 2001;31:381-400.
34. Birchwood M, McMillan JF. Early intervention in schizophrenia. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1993;27:374-8.
35. Linszen D, Lenior M, de Haan L et al. Early intervention, untreated psychosis and the course of early schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998;172(Suppl. 33):84-9.
36. McEvoy JP, Schooler NR, Wilson WH. Predictors of therapeutic response to haloperidol in acute schizophrenia. *Psychopharmacol Bull* 1991;27:97-101.
37. McGorry PD, Edwards J. *Early psychosis training pack*. Victoria Mill: Gardiner-Caldwell Communications, 1997.
38. Haas GL, Gattatt LS, Sweeney JA. Delay to first antipsychotic medication in schizophrenia: impact on symptomatology and clinical course of illness. *J Psychiatr Res* 1998;32:151-9.
39. Szymanski SR, Cannon TD, Gallacher F et al. Course of treatment response in first-episode and chronic schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996;153:519-25.
40. Bottlender R, Strauss A, Möller H-J. Impact of duration of symptoms prior to first hospitalization on acute outcome in 998 schizophrenic patients. *Schizophr Res* 2000;44:145-50.
41. Altamura AC, Bassetti R, Sassella F et al. Duration of untreated psychosis as a predictor of outcome in first-episode schizophrenia: a retrospective study. *Schizophr Res* 2001;52:29-36.
42. Breier A, Schreiber JL, Dyer J et al. National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia: prognosis and predictors of outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:239-46.
43. Wyatt RJ. Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1991;17:325-51.
44. Lieberman JA, Tollefson G, Tohen M et al. Comparative efficacy and safety of atypical and conventional antipsychotic drugs in first-episode psychosis: a randomized, double-blind trial of olanzapine versus haloperidol. *Am J Psychiatry* 2003;160:1396-404.
45. McGlashan TH, Zipursky RB, Perkins D et al. The PRIME North America randomized double-blind clinical trial of olanzapine versus placebo in patients at risk of being prodromally symptomatic for psychosis. I. Study rationale and design. *Schizophr Res* 2003;61:7-18.
46. McGlashan TH, Johannessen JO. Early detection and intervention with schizophrenia: rationale. *Schizophr Bull* 1996;22:201-22.
47. Häfner H, Löffler W, Maurer K et al. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:105-18.
48. Malmberg A, Lewis G, David A et al. Premorbid adjustment and personality in people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998;172:308-13.
49. Davidson M, Reichenberg A, Rabinowitz J et al. Behavioral and intellectual markers for schizophrenia in apparently healthy male adolescents. *Am J Psychiatry* 1999;156:1328-35.
50. Weiser M, Reichenberg A, Rabinowitz J et al. Gender differences in premorbid cognitive performance in a national cohort of schizophrenic patients. *Schizophr Res* 2000;45:185-90.
51. an der Heiden W, Könnicke R, Maurer K et al. Depression in the long-term course of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005;255:174-84.
52. Albus M, Hubmann W, Scherer J et al. A prospective 2-year follow-up study of neurocognitive functioning in patients with first-episode schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002;252:262-7.
53. Goldberg TE, David A, Gold JM. *Neurocognitive deficits in schizophrenia*. In: Hirsch SR, Weinberger DW (eds). *Schizophrenia*, 2nd ed. Oxford: Blackwell, 2003:168-84.
54. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:921-8.
55. Lewis S, Tarrier N, Haddock G et al. Randomized, controlled trial of cognitive-behaviour therapy in early schizophrenia: acute phase outcomes. *Br J Psychiatry* 2002;181:91-7.
56. Bechdolf A, Veith V, Schwarzer D et al. Cognitive-behavioural therapy in the prepsychotic phase. *Psychiatry Res* 2005;136:251-5.
57. Warner D. The prevention of schizophrenia: what interventions are safe and effective? *Schizophr Bull* 2001;27:551-62.
58. McGorry PD, Yung A, Phillips L. Ethics and early intervention in psychosis: keeping up the pace and staying in step. *Schizophr Res* 2001;51:17-29.
59. Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD et al. Prediction of psychosis. A step towards indicated prevention of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998;172(Suppl. 33):14-20.
60. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP et al. Psychosis prediction: 12-month follow-up of a high-risk ("prodromal") group. *Schizophr Res* 2003;60:21-32.
61. Bechdolf A, Kohn D, Knost B et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: outcome at 24 months. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112:173-9.
62. Häfner H, Maurer K, Ruhrmann S et al. Early detection and sec-

- ondary prevention of psychosis: facts and visions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004;254:117-28.
63. Jones P, Done DJ. From birth to onset: a developmental perspective of schizophrenia in two national birth cohorts. In: Keshavan MS, Murray RM (eds). *Neurodevelopmental models of psychopathology*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997: 119-36.
 64. Arseneault L, Cannon M, Poulton R et al. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *Br Med J* 2002;325:1212-3.
 65. Häfner H, Bühler B, Hambrecht M et al. Vorzeitige Auslösung der Psychose durch Substanzmissbrauch und Folgen für den weiteren Verlauf. *Nervenheilkunde* 2002;21:198-207.
 66. Huber G. Psychiatrische Aspekte des Basisstörungskonzepts. In: Süllwold L, Huber G (eds). *Schizophrene Basisstörungen*. Berlin: Springer, 1986:39-143.
 67. Gross G, Huber G, Klosterkötter J et al. Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen (BSABS: Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms). Berlin: Springer, 1987.
 68. Phillips LJ, McGorry PD, Yung AR et al. Prepsychotic phase of schizophrenia and related disorders: recent progress and future opportunities. *Br J Psychiatry* 2005;187(Suppl. 48):33-44.
 69. van Os J, Delespaul P. Toward a world consensus on prevention of schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci* 2005;7:53-67.
 70. Goldberg D, Thornicroft G (eds). *Mental health in our future cities*. Hove: Psychology Press, 1998.
 71. Wittchen H-U, Höfler M, Lieb R et al. Depressive und psychotische Symptome in der Bevölkerung – Eine prospektiv-longitudinale Studie (EDSP) an 2.500 Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Presented at the DGPPN Congress, Berlin, November 24-27, 2004.
 72. Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. *Measurement and classification of psychiatric symptoms: an instruction manual for the PSE and CATEGO program*. London: Cambridge University Press, 1974.
 73. Andreasen NC. *The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City: University of Iowa, 1983.
 74. Biehl H, Maurer K, Jablensky A et al. The WHO Psychological Impairments Rating Schedule (WHO/PIRS). I. Introducing a new instrument for rating observed behaviour and the rationale of the psychological impairment concept. *Br J Psychiatry* 1989;155 (Suppl. 7):68-70.
 75. World Health Organization. *Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS)*. Geneva: World Health Organization, 1988.
 76. Jung E, Krumm B, Biehl H et al. *Mannheimer Skala zur Einschätzung von sozialer Behinderung (DAS-M)*. Weinheim: Beltz, 1989.
 77. Häfner H. Affective and non-affective disorders – is Kraepelin's dichotomy still valid? Presented at the 13th World Congress of Psychiatry, Cairo, September 10-15, 2005.
 78. Olsen KA, Rosenbaum B. Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: assessment instruments. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:273-82.
 79. Heinimaa M, Salokangas RKR, Ristkari T et al. PROD-screen - a screen for prodromal symptoms of psychosis. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003;12:92-104.
 80. Loewy RL, Bearden CE, Johnson JK et al. The prodromal questionnaire (PQ): preliminary validation of a self-report screening measure for prodromal and psychotic syndromes. *Schizophr Res* 2005;79:117-25.
 81. Ord LM, Myles-Worsley M, Blailes F et al. Screening for prodromal adolescents in an isolated high-risk population. *Schizophr Res* 2003;71:507-8.
 82. Miller TJ, Cicchetti D, Markovich PJ et al. The SIPS screen: a brief self-report screen to detect the schizophrenia prodrome. *Schizophr Res* 2004;70(Suppl.):78.
 83. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD et al. Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2005;39:964-71.
 84. Schultze-Lutter F, Klosterkötter J. *Schizophrenia Prediction Instrument, Adult Version – SPI-A*. Cologne: University of Cologne Department of Psychiatry and Psychotherapy, 2004.

Calidad de vida y trastornos mentales: desafío para la investigación y para la práctica clínica

HEINZ KATSCHNIG

Department of Psychiatry, Medical University of Vienna, Waehringer Guertel 18-20, and Ludwig Boltzmann Institute for Social Psychiatry, Spitalgasse 11, A-1090 Vienna, Austria

La expresión «calidad de vida» se ha convertido en un auténtico «grito de guerra» para todos aquellos que luchan por integrar a la asistencia clínica la experiencia subjetiva de los pacientes respecto a su propia vida durante la enfermedad. Para este objetivo, el término calidad de vida parece ser entendido por todas las personas implicadas en el control de la salud y en el tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, al evaluar la bibliografía de investigación cada vez más voluminosa, queda claro que todavía hay abundantes cuestiones metodológicas que no han sido resueltas en este campo, y que no hay una definición aceptada universalmente de la calidad de vida, ni un único instrumento de referencia para evaluarla. Por el contrario, realmente causa molestia la enorme cantidad de instrumentos distintos que se proponen, al tiempo que siguen siendo cuestionables la validez y los resultados de las investigaciones realizadas con muchos de ellos. Con respecto a la valoración de la calidad de vida en los trastornos mentales se ha señalado lo siguiente: a) además de la valoración «subjetiva» también es necesaria una valoración «objetiva» (es decir, externa); b) es necesario el control de la inclusión de los síntomas psicopatológicos en los instrumentos para determinar la calidad de vida; c) además del bienestar y la satisfacción, también es necesaria la valoración del desempeño social y de los recursos del entorno; d) es necesario considerar por separado las diferentes áreas vitales, y e) hay que tener en cuenta las modificaciones que se producen a lo largo del tiempo. En el apartado correspondiente a la conclusión de este artículo queda reflejada la gran brecha que todavía existe en la transferencia de los resultados de la investigación al contexto clínico asistencial.

Palabras clave: calidad de vida, bienestar, satisfacción, cuantificación, trastornos mentales

En la bibliografía médica científica, la expresión «calidad de vida» se utiliza con muchos significados distintos y se refiere a un cuerpo de conocimientos relacionados de manera imprecisa y relativos al bienestar psicológico, el funcionamiento social y emocional, el rendimiento funcional, la satisfacción vital, el apoyo social, etc. Parece que todos los aspectos extramédicos de la enfermedad quedan recogidos bajo el «cajón de sastre» del término «calidad de vida», sin que exista una definición universalmente aceptada de esta expresión; así, parece justificada la conclusión de que esta expresión describe un *campo* de interés más que una *variable específica*, de manera similar al término de «enfermedad». Asimismo, puede señalarse que no existe ningún método sencillo para cuantificar la calidad de vida, de la misma manera que tampoco existe un método simple para cuantificar la enfermedad. No obstante, año tras año, en la bibliografía médica científica se publican literalmente miles de artículos cuyo objetivo es el de cuantificar una entidad específica denominada calidad de vida.

En este artículo se exploran las discrepancias entre el significado de calidad de vida según el sentido común y los intentos de concretar este significado en un concepto cuantificable, con el encomiable objetivo de añadir a la preponderancia cada vez mayor de los aspectos tecnológicos en medicina un muy necesario aspecto humano, utilizando para ello el mismo abordaje científico que en la investigación clínica biológica, es decir, la cuantificación, la operatividad y los ensayos clínicos que son considerados con frecuencia el abordaje basado en la evidencia, necesario para la adquisición de nuevos conocimientos en el campo de la medicina (1).

Esta empresa está todavía dificultada por abundantes escollos y sesgos metodológicos que a menudo complican la interpretación y que en ocasiones dan lugar al establecimiento de conclusiones erróneas. Tras una descripción breve de la preponderancia cada vez mayor del concepto de calidad de vida en la medicina, la mayor parte de este artículo se dedica a la exposición detallada de las dificultades metodológicas relativas a la investigación de la calidad de vida relacionada con la salud mental. Por otra parte, debido a que el vínculo necesario entre la investigación sobre la calidad de vida y la práctica médica todavía es débil (con una tendencia predominante a la investigación «por amor al arte» en los entornos universitarios y en las investigaciones de mercado realizadas por la industria), se recoge un apartado de conclusiones en el que se plantean los nuevos desarrollos en el campo de la salud

mental que abren el camino para la integración del concepto de calidad de vida en la práctica clínica.

LA PREPONDERANCIA CRECIENTE DEL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA EN LA MEDICINA

El concepto de calidad de vida hunde sus raíces originales fuera del campo de la asistencia sanitaria, en el movimiento de la psicología positiva (2) y en la investigación de los indicadores sociales que se llevó a cabo en los decenios de 1960 y 1970 (3). En medicina se empezó a utilizar indirectamente en la década de 1980, en la llamada investigación sobre el estado de salud, al tiempo que se desarrollaron instrumentos para la valoración del desempeño social (como el *Short Form-36* [SF-36]) y de otros dominios (4).

La primera utilización documentada del término de calidad de vida en la bibliografía médica data de hace 40 años. En un artículo publicado en 1966 sobre la medicina del trasplante, Elkin-ton criticaba el hecho de que la medicina estaba «adquiriendo una capacidad técnica sin precedentes», pero presentaba al mismo tiempo «problemas con la armonía», y se preguntaba: «¿Cuál es el grado de armonía que debe existir en una persona y entre una persona y su mundo (la *calidad de vida*) a la que aspiran el propio paciente, los médicos y la sociedad?» (5).

A lo largo de los dos o tres decenios siguientes, el número de publicaciones médicas relativas a la calidad de vida se incrementó de manera lenta. Sin embargo, a partir de los primeros años de la década de 1990 tuvo lugar un incremento exponencial en este tipo de publicaciones en casi todos los campos de la medicina. Según los resultados obtenidos mediante una búsqueda a través de Medline, en 2004 se publicaron más de 7.000 artículos acerca de la calidad de vida, lo que representa una cifra superior al triple de la correspondiente a 1995.

Como método para abordar los aspectos psicosociales de las enfermedades, el concepto de calidad de vida parece haber sustituido al de «modelo biopsicosocial de la enfermedad» propuesto por Engel en 1977 (6) para contrarrestar las deficiencias del modelo biomédico «reduccionista». Hoy en día, el «modelo biopsicosocial de la enfermedad» no ha alcanzado ni de lejos una aceptación tan amplia en la bibliografía médica como la que ha conseguido el concepto de calidad de vida (7).

La especialidad médica en la que el concepto de calidad de vida alcanzó inicialmente mayor prominencia fue oncología, en la que –tras la introducción de los tratamientos «agresivos»– se planteó la opción entre una supervivencia más prolongada (mediante la administración de tratamientos desagradables) y una calidad de vida mayor (sin tratamientos). Cuando se le pregunta a uno de los personajes femeninos de la novela «Paradise News», de David Lodge, por qué rechaza la quimioterapia frente al cáncer, responde: «Me gustaría morir con mi propio pelo». En Psiquiatría han surgido cuestiones similares desde hace mucho tiempo. Por ejemplo, el problema de que «el tratamiento puede ser peor que la enfermedad» ya se había planteado respecto al tratamiento psiquiátrico en los manicomios (8) y respecto al tratamiento de la esquizofrenia con neurolépticos convencionales (9).

Angermeyer y Kilian han revisado recientemente los conceptos de calidad de vida manejados en la bibliografía y han diferenciado tres modelos (10): a) el «modelo de satisfacción subjetiva» (el nivel de calidad de vida experimentado por un individuo depende de que sus condiciones de vida reales se ajusten a sus necesidades y deseos) (11); b) el «modelo combinado de satisfacción subjetiva e importancia» (que otorga diferentes valores a los distintos dominios vitales) (12), y c) el «modelo del desempeño de rol» (el individuo disfruta de una buena calidad de vida si se desenvuelve adecuadamente en sus diversas funciones (sociales, familiares, laborales) y sus necesidades están satisfechas de manera apropiada) (13). En esta revisión, los autores plantean su propio «modelo de proceso dinámico de la calidad de vida», en el que se tiene en cuenta la interacción entre los componentes del entorno, los de la persona, y los procesos de adaptación cognitiva (10).

Albrecht y Fitzpatrick (14) han identificado cuatro aplicaciones del concepto de calidad de vida en medicina: a) como medida de resultados en los ensayos clínicos y en las investigaciones relativas a los servicios sanitarios; b) como criterio de valoración de las necesidades asistenciales de la población general; c) como instrumento para la planificación de la asistencia clínica de los pacientes individuales, y d) como método para la asignación de recursos. De ellos, los dos primeros están relacionados con la investigación y se exponen a continuación.

INVESTIGACIÓN Y VALORACIÓN

Hoy en día, la estimación de la calidad de vida se utiliza con una frecuencia cada vez mayor como variable de resultados en los ensayos clínicos farmacológicos, en gran medida debido a que las autoridades reguladoras solicitan este tipo de información (15-17). En las investigaciones sobre los servicios sanitarios la calidad de vida también se está utilizando como una medida de resultados (18, 19). Además, se publican cada vez más estudios en los que se aborda la calidad de vida en diversos grupos diagnósticos a través de los contextos clínicos y las encuestas epidemiológicas, generalmente con el objetivo de demostrar la enorme «carga» constituida por un trastorno mental específico. Sin embargo, todavía es necesaria la solución de diversas cuestiones metodológicas relativas a la evaluación antes de establecer conclusiones definitivas en estas áreas.

El problema de «lo subjetivo» frente a «lo objetivo»

En el campo de la asistencia sanitaria, el concepto de calidad de vida se ha convertido en un auténtico «grito de guerra» para todos aquellos que luchan por integrar a la asistencia clínica la experiencia subjetiva del paciente durante su enfermedad, principalmente a través de la *valoración subjetiva* del paciente respecto a su calidad de vida (20, 21). En la medicina somática este obje-

tivo es plenamente apropiado, debido a que durante mucho tiempo se ha rechazado un punto de vista subjetivo de este tipo. En correspondencia a dicho concepto, la mayor parte de los métodos para la valoración de la calidad de vida son escalas sencillas de autovaloración o, si se aplican en forma de entrevista, persiguen el objetivo de recoger explícitamente el punto de vista del paciente. Las investigaciones médicas actuales sobre la calidad de vida enfatizan, pues, la subjetividad, el bienestar y la satisfacción del individuo con su propia vida (o con dominios específicos de su vida), y la percepción que tiene el individuo sobre su desempeño en las actividades cotidianas, lo cual está más relacionado con «la felicidad» que con la tradición de la investigación de indicadores sociales.

Al considerar las enfermedades mentales, esta postura, ampliamente aceptada, que enfatiza la perspectiva subjetiva del individuo, puede dar lugar a distorsiones en la valoración. Los estudios realizados sobre el bienestar subjetivo tienden a menudo a reflejar simplemente los estados psicológicos alterados, tal como han demostrado Atkinson y cols. (22) y Katschnig y cols. (23) respecto a la depresión. Además, la información subjetiva acerca del desempeño en los roles sociales y de las condiciones materiales y sociales de vida puede estar distorsionada por varias razones que podrían denominarse «falacias psicopatológicas», que no son fácilmente corregibles: la «falacia afectiva», la «falacia cognitiva» y la «falacia de distorsión de la realidad».

La más destacada es la *falacia afectiva*, debido a que suele ser pasada por alto y a que puede dar lugar a conclusiones erróneas (23). Se ha demostrado que las personas utilizan la información correspondiente a su estado afectivo en un momento determinado para emitir juicios acerca del grado de felicidad y de satisfacción que tienen con sus vidas en general (24). El paciente con depresión suele considerar que su bienestar, su desempeño social y sus condiciones de vida son peores que las determinadas por un observador independiente (25, 26) o que las determinadas por el mismo paciente tras su recuperación de la depresión (27). Ocurre lo contrario en un paciente con manía que, como no podría ser de otra manera, valora su bienestar subjetivo como excelente y considera que su desempeño social y sus condiciones de vida relativas a su entorno son extraordinariamente favorables.

Mechanic y cols. (28) han demostrado que el estado de ánimo depresivo (además del estigma percibido) es un potente elemento determinante de la evaluación subjetiva negativa de la calidad de vida en los pacientes que sufren esquizofrenia (29). Tanto en el contexto de la investigación como en la práctica clínica, la falacia afectiva puede llevar a conclusiones erróneas. Por ejemplo, en la medicina general las determinaciones de la calidad de vida podrían encubrir una depresión comórbida que, a consecuencia de ello, podría no ser diagnosticada ni tratada (30). En las investigaciones de la eficacia de los fármacos antidepresivos, la propia mejoría de los síntomas implica que el paciente se contempla a sí mismo de manera más positiva, así como también al entorno que lo rodea y al futuro que le espera (25); esta modificación se manifiesta automáticamente en los instrumentos aplicados para determinar la calidad de vida en los que se consideran el bienestar subjetivo y la satisfacción con la propia vida, lo que ha llevado a los investigadores a la conclusión de que un fármaco específico no solamente mejora los síntomas sino también la calidad de vida, lo que –en cierto sentido– es verdad, pero representa básicamente una tautología.

Las falacias de *distorsión de la realidad y cognitiva* son menos problemáticas, debido a que se puedan reconocer con mayor facilidad. En ocasiones, el paciente sufre ideas delirantes y alucinaciones que distorsionan la percepción de sí mismo y de su entorno. Aceptar como bueno el juicio sobre su calidad de vida emitido por un paciente que sufre ideas delirantes o alucinaciones constituye una *falacia de distorsión de la realidad*. La *falacia cognitiva* se refiere a las valoraciones erróneas efectuadas por pa-

cientes que son incapaces de evaluar intelectualmente su situación vital, tal como ocurre –por ejemplo– en los pacientes con demencia o con retraso mental.

Así, aunque el punto de vista particular del paciente parece un criterio *necesario*, el problema que se plantea es si este punto de vista subjetivo es *suficiente* para valorar la calidad de vida en personas que sufren un trastorno mental. Becker y cols. (12, 31) han señalado que, en el campo de la Psiquiatría, la valoración de la calidad de vida no sólo se debe efectuar en función de la información ofrecida por el paciente, sino también de la ofrecida por los profesionales sanitarios y por los cuidadores más significativos, especialmente los familiares y los amigos. Por ello, además de la versión del paciente, estos autores recomiendan también la consideración de las versiones «de los profesionales sanitarios» y «de los cuidadores», contempladas en su instrumento Wisconsin Quality of Life Index (W-QLI). Hay pruebas empíricas que apoyan esta postura: Sainfort y cols. (32) han demostrado que las valoraciones de la calidad de vida efectuadas por los pacientes son distintas de las realizadas por sus familiares. También se ha demostrado que los pacientes que sufren esquizofrenia no muestran una mejoría en las valoraciones de su grado de satisfacción vital cuando pasan del hospital psiquiátrico al contexto comunitario, a pesar de la mejoría «objetiva» de sus condiciones de vida y del incremento en sus actividades de ocio (33, 34).

Estas observaciones justifican la conclusión de que las valoraciones adicionales realizadas por los profesionales sanitarios y por los familiares y amigos son necesarias para complementar la valoración subjetiva efectuada por el propio paciente. Sin embargo, la valoración que hacen otras personas no es en sí misma objetiva y, además, el término «valoración objetiva» puede inducir a error. Posiblemente, sea más adecuado el término «valoración externa», debido a que esta forma de evaluación puede reflejar los puntos de vista subjetivos de las personas que la realizan.

La dificultad señalada relativa a la valoración de la calidad de vida pone en evidencia un problema básico de la Psiquiatría: la necesidad de reflejar los distintos puntos de vista existentes en la sociedad, por ejemplo, con respecto a cuándo se considera que existe o no un trastorno psiquiátrico o cuándo es posible o no hacer algo. Lo más habitual es que exista un desacuerdo acerca de estas cuestiones entre el paciente, la familia, los profesionales sanitarios y la sociedad en su conjunto; como mínimo, este desacuerdo debería quedar documentado (35). Sin embargo, aun reconociendo la necesidad de considerar la perspectiva «externa», en la práctica esto no es fácil en los casos en los que no se dispone de los recursos adecuados.

Síntomas psicopatológicos y determinación del bienestar: el problema de la redundancia de los instrumentos de valoración

La cuestión que se acaba de abordar adquiere una importancia incluso mayor a la vista del problema que se expone a continuación. La mayor parte de los instrumentos utilizados en los pacientes del área médica para determinar la calidad de vida contienen ítems «emocionales», en su mayor parte relacionados con las áreas de la depresión y la ansiedad. Algunos autores hablan incluso de un «dominio de función emocional» o de un componente de «afecto agradable» frente a un componente de «afecto desagradable» (2). En este punto, la tradición psicológica de determinar la calidad de vida en función de la «medición del bienestar» conduce a una nueva tautología, debido a que si el contenido de ambas mediciones muestra una gran superposición, habrá necesariamente una correlación entre las mediciones de la calidad de vida y las mediciones de los síntomas psicopatológicos.

El uso de la calidad de vida como una variable de resultados en los ensayos clínicos y en los estudios de evaluación se ha in-

crementado durante los últimos años, pero –debido a la inexistencia de una definición clara y a la amplitud del concepto de calidad de vida– existe el peligro de aplicar estrategias terapéuticas en función de efectos beneficiosos insuficientemente demostrados sobre la propia calidad de vida. Un ejemplo de ello es la Quality of Life Scale (QLS) (36), que se ha utilizado con frecuencia en ensayos clínicos sobre antipsicóticos atípicos para demostrar la mejora de la calidad de vida. En un análisis del contenido de los ítems de la QLS se ha demostrado que en esta escala se describen principalmente los síntomas negativos. Otro ejemplo es la Quality of Life in Depression Scale (QLDS,) (37), basada principalmente en los síntomas depresivos (23). Por lo tanto, es necesario que los organismos reguladores –que demandan, cada vez más, que un nuevo fármaco debe no sólo mejorar los síntomas sino también la calidad de vida– adopten una actitud de prudencia, a fin de evitar que, en definitiva, se esté colocando una nueva etiqueta (la calidad de vida) sobre una botella antigua (los síntomas).

Si se aborda la calidad de vida en el campo de la salud mental, se recomienda encarecidamente controlar siempre la presencia de ítems psicopatológicos en los instrumentos utilizados para determinar la calidad de vida en un estudio dado, es decir, comprobar las correlaciones existentes entre las determinaciones de la calidad de vida y los síntomas psicopatológicos, con objeto de evitar los resultados falsos debidos al simple solapamiento de los ítems. Además, al evaluar la calidad de vida en los trastornos somáticos también es necesario considerar al menos los síntomas de depresión y ansiedad, con objeto de valorar su posible impacto en las mediciones de la calidad de vida. Este aspecto es especialmente importante teniendo en cuenta la elevada comorbilidad de las enfermedades somáticas y mentales, especialmente en el caso de las enfermedades somáticas crónicas (30).

Más allá del bienestar: desempeño social y recursos del entorno

Cuando se trata de valorar la calidad de vida en personas que sufren enfermedades mentales, la exclusión de los factores contextuales en muchos instrumentos para la determinación de la calidad de vida representa también un problema considerable.

Calman (38) ha definido con ingenio la calidad de vida como «la brecha existente entre las expectativas y los logros de una persona». Esta brecha puede reducirse a través de dos mecanismos: el cumplimiento o la disminución de esas expectativas. La disminución de las expectativas personales representa un proceso psicológico de adaptación. La investigación sobre la felicidad ha demostrado que la mayor parte de las personas es feliz y que, en general, su felicidad no depende mucho de los factores ambientales (2). Obviamente, la existencia de una brecha considerable entre las expectativas y los logros no es fácilmente soportable, y la mayoría de las personas reduce sus expectativas (o, simplemente, no establece expectativas muy elevadas desde el principio). De otra manera no se podría explicar el hecho observado de que las personas que viven en Detroit y Madras, los ricos y los pobres, los jóvenes y los viejos, son en promedio igualmente felices.

También se ha observado que muchas personas que sufren trastornos mentales crónicos se sienten satisfechas con sus condiciones vitales, que según los estándares externos son consideradas insuficientes. Parece que estas personas reducen sus estándares a lo largo del tiempo y, así, mantienen una distancia pequeña entre las expectativas y los logros: si una persona no puede alcanzar sus objetivos, entonces modifica dichos objetivos, un fenómeno que podríamos denominar «falacia de la tendencia estándar».

No obstante, es cierto que los «logros» no dependen sólo de factores subjetivos sino también de las oportunidades reales que aparecen en el entorno de cada persona. Si la valoración de la ca-

lidad de vida conduce a la adopción de medidas específicas, entonces parece necesario considerar los factores ambientales. Así, se puede afirmar que –contemplada de esta manera– la calidad de vida consta de tres componentes básicos: bienestar psicológico/satisfacción, desempeño en los roles sociales y factores contextuales (sociales y materiales).

La necesidad de considerar los factores contextuales en la valoración de la calidad de vida es especialmente apremiante en el caso de las personas que sufren trastornos mentales, en las que estos factores interaccionan con el trastorno del paciente en mayor medida que en las personas que padecen enfermedades somáticas. Los ingresos económicos, el apoyo social y las condiciones de vida (también denominados «estándar de vida») pueden estar relacionados íntimamente con los síntomas psiquiátricos (39).

En Psiquiatría social, el abordaje de valoración de las necesidades plantea las cuestiones relativas al ambiente (40, 41). También para la Psiquiatría comunitaria el entorno es un elemento fundamental, que se tiene especialmente en cuenta al planificar las actividades de apoyo. Algunos ejemplos de estas actividades son el trabajo realizado con los familiares, la planificación de las actividades diarias, y la búsqueda de actividades laborales adecuadas. Katschnig y cols. (23) han desarrollado un sistema orientado a acciones con objeto de evaluar la calidad de vida en los pacientes con depresión; en este sistema se incluyen los tres componentes ya mencionados: bienestar/satisfacción, desempeño en los roles sociales y factores contextuales. Los autores ofrecen ejemplos de la manera en la que se pueden clasificar las actividades de apoyo según estos componentes; algunas de estas actividades actúan sobre el bienestar psicológico (p. ej., los fármacos antidepressivos); otras lo hacen sobre el desempeño de rol (p. ej., el entrenamiento en habilidades sociales), y otras lo hacen sobre las circunstancias ambientales (p. ej., provisión de dinero o de vivienda). De hecho, también tienen en consideración todos estos factores los programas de salud pública dirigidos hacia la promoción de la salud mental y la mejora de la calidad de vida en la población general (42).

La calidad de vida: valoración simple o conjunto de componentes

El mantenimiento en hospitales psiquiátricos de los pacientes con trastornos mentales crónicos podría tener la ventaja de solucionar la mayor parte de sus necesidades humanas básicas (fisiológicas –como el alimento– y de seguridad –como el refugio físico), pero en estos contextos se descuidan otras necesidades humanas superiores, como la necesidad de autonomía (43). Por otra parte, en la era de la Psiquiatría comunitaria, los pacientes que sufren trastornos mentales crónicos tienen la posibilidad de ganar autonomía, aunque a menudo al coste de no ver satisfechas sus necesidades humanas básicas.

Los pacientes psiquiátricos sufren el problema específico de la estigmatización cuando reconocen, a sí mismos y a los otros, que sufren una enfermedad mental. Pero este reconocimiento es necesario si pretenden obtener los medios para su supervivencia, incluyendo la solución de sus necesidades adicionales de tratamiento (fármacos, seguridad social, etc.). Este estigma amenaza la autonomía de la persona: mientras ella desea ser «una más», es excluida de la sociedad, tal como se ha demostrado en estudios de investigación de carácter cualitativo (44). Por lo tanto, muchos pacientes psiquiátricos están en una situación de «perdedores» en cuanto a la satisfacción de sus necesidades y, en muchos casos, renuncian a sus expectativas y «viven según sus posibilidades» (45).

Además de presentar necesidades adicionales específicas con respecto a su tratamiento, los pacientes psiquiátricos están en des-

ventaja debido a que generalmente poseen menos recursos internos para afrontar los problemas vitales, inferiores habilidades sociales y cognitivas y menores recursos materiales, especialmente dinero. En muchos estudios relativos a la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia que residen en el contexto comunitario, la falta de dinero es un problema muy importante, debido posiblemente a que simboliza la autonomía.

Por todo lo dicho, es evidente que no es apropiada una valoración simple de la calidad de vida, debido a las múltiples necesidades y a la diferente importancia otorgada por cada paciente a los distintos dominios vitales (12). Es más adecuado el establecimiento de un conjunto de componentes de la calidad de vida (46). Para la planificación de las intervenciones terapéuticas y la evaluación de los resultados en un paciente concreto y también en los ensayos clínicos, es necesario un concepto multidimensional y estructurado de la calidad de vida, que cubra los distintos dominios vitales específicos: la vida familiar, el dinero, etc. Algunos instrumentos utilizados en Psiquiatría para determinar la calidad de vida consideran separadamente estos dominios, por ejemplo, el Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (QLES-Q) (47) y el W-QLI; sin embargo, esto no ocurre con otros instrumentos de este tipo. En lo que se refiere a la evaluación económica, podría ser adecuado un índice único, aunque este abordaje simplifica de tal manera la cuestión que finalmente hay grandes dificultades para determinar lo que significa realmente la puntuación obtenida (48).

De hecho, los instrumentos para la valoración de las necesidades de los pacientes son multidimensionales, como el instrumento Needs for Care Assessment of the Medical Research Council Unit (MRC-NCA) (40) y el instrumento Camberwell Assessment of Need (CAN) (41), lo que implica que las diferentes necesidades correspondientes a las distintas áreas vitales se deben abordar a través de acciones diferentes. Amering y cols. (49) han desarrollado en Viena un instrumento en el que se recogen estas consideraciones: Management Orientated Needs Assessment (MONA) (49). Este instrumento también contempla la posibilidad de que, en cuanto a la toma de decisiones para adoptar acciones concretas, el paciente considere que algunas áreas vitales son más importantes que otras.

La calidad de vida y el tiempo

La valoración de la calidad de vida relacionada con la salud se refiere generalmente a un momento específico o a un período de tiempo determinado. Sin embargo, es necesario realizar algunas consideraciones acerca de la relación entre la calidad de vida y el transcurso del tiempo.

En primer lugar, es posible plantearse si el significado de la calidad de vida se mantiene sin modificaciones en una persona determinada a lo largo del tiempo. Tal como han demostrado Bernhard y cols. (50), el significado de la calidad de vida no es constante a través del tiempo en los pacientes tratados por diversas enfermedades. En particular, el valor otorgado a los distintos dominios de la calidad de vida cambia a través de las diferentes fases clínicas. Morgado y cols. (27) también han observado que, tras la remisión, los pacientes con depresión revaloran su desempeño social, considerando que éste había sido evaluado, equivocadamente, de manera demasiado negativa mientras transitaban el episodio depresivo.

En segundo lugar, cada uno de los tres componentes distintos de la calidad de vida –bienestar subjetivo y satisfacción con los diferentes aspectos vitales; desempeño objetivo en los roles sociales, y condiciones ambientales de vida (estándar de vida, apoyo social)– tiene implicaciones temporales distintas. El bienestar subjetivo, que depende en gran medida del estado afectivo real, puede presentar fluctuaciones rápidas. El desempeño en los roles socia-

les puede deteriorarse con bastante rapidez, aunque lo más habitual es que esto insuma un cierto tiempo. Las condiciones ambientales de vida (tanto materiales como sociales) cambian muy lentamente en la mayor parte de los casos. Así, un paciente con depresión, cuyo bienestar subjetivo disminuye rápidamente al tiempo que aumenta la depresión, todavía puede seguir desempeñando sus roles sociales. Incluso si esta persona deja de desempeñarse adecuadamente en sus roles sociales todavía es posible que se mantengan durante un cierto tiempo las condiciones vitales materiales y el apoyo social. Por otra parte, si el desempeño social presenta un gran deterioro debido a la duración prolongada de la enfermedad, y simultáneamente se verifica una disminución de los recursos ambientales (materiales y sociales), el paciente todavía podría recuperar rápidamente su bienestar psicológico, pero no así su desempeño en los roles sociales. Además, en el caso de las condiciones ambientales de vida podría ser necesario un cierto período de tiempo para su restablecimiento, en caso de que éste fuera realmente posible.

Así, si se equipara calidad de vida con «bienestar subjetivo», entonces podrían observarse «modificaciones de la calidad de vida» tras una breve intervención psicofarmacológica. No obstante, si se considera el desempeño en los roles sociales, es mucho menos evidente que los fármacos puedan inducir una mejora rápida. Finalmente, si se desea obtener una mejoría en las condiciones sociales y materiales de vida posiblemente se requiera mucho más tiempo y la implementación de otras intervenciones, distintas del tratamiento psicofarmacológico.

Un tercer aspecto más complejo relacionado con el tiempo es el caracterizado por la «brecha» existente entre las expectativas de una persona y sus logros, tal como lo ha descrito Calman (38). Si dicha brecha es pequeña, la calidad de vida es elevada. Bajo esta perspectiva, el problema que se plantea a cada persona es determinar qué es lo más importante: una buena calidad de vida hoy o una buena calidad de vida mañana; es decir, elegir entre mantener hoy una brecha reducida (entre expectativas y logros) y mantener una brecha reducida mañana. Hay numerosos métodos para que las personas que sufren trastornos mentales mantengan una armonía a corto plazo entre sus expectativas y sus logros; el más utilizado es el uso de sustancias psicotrópicas de acción rápida (como los tranquilizantes y el alcohol). Por supuesto, a largo plazo puede aparecer un cuadro de abuso de sustancias que amplíe la «brecha» entre expectativas y logros e inicie un círculo vicioso que implique: reducción del bienestar psicológico, disminución del desempeño en los roles sociales y deterioro de las condiciones ambientales y sociales de vida. En la época en la que los pacientes eran tratados principalmente con neurolépticos de primera generación, estas personas se debían enfrentar exactamente a este dilema. Aunque el uso profiláctico de los neurolépticos reducía la frecuencia de las recidivas, los efectos adversos eran a menudo tan graves que muchos pacientes debían elegir entre las siguientes dos opciones: a) soportar los efectos adversos «ahora» (es decir, soportar el «coste» inmediato) y mantener una buena calidad de vida «mañana» (es decir, los efectos beneficiosos futuros) y b) evitar los efectos adversos «hoy» y presentar un aumento en el riesgo de recidiva «mañana». Parece que numerosos pacientes preferían la «mejor calidad de vida ahora» más que la «mejor calidad de vida mañana» (9). Los nuevos antipsicóticos atípicos podrían cambiar esta situación.

DE LA VALORACIÓN A LA ACCIÓN

Hoy en día, en los ensayos clínicos y en los estudios de investigación realizados por los servicios sanitarios se incluyen estimaciones de la calidad de vida, con el objeto de *describir los efectos* de los tratamientos o las maneras especiales de aplicar estos tratamientos; sin embargo, como norma, estas estimaciones no son,

en sí mismas, un *objetivo de intervención*. Al respecto, se están efectuando algunos progresos que podrían dar lugar a consecuencias de largo alcance en todo el campo de la salud, no solamente en las áreas de tratamiento y rehabilitación sino también en las áreas de prevención y, finalmente, de promoción de la salud.

A pesar de que en los primeros años del decenio de 1990 era infrecuente el uso de instrumentos de valoración de la calidad de vida en la práctica clínica cotidiana (51), en la actualidad parece estar ganando terreno su aplicación con el objetivo de mejorar el grado de concienciación de los clínicos acerca de los problemas de discapacidad y bienestar general de los pacientes. Una razón de ello es la introducción en la práctica clínica de la monitorización asistida por ordenador (52-54). Así, los instrumentos para la valoración de las necesidades en los pacientes que sufren trastornos mentales, como el MRC-NCA o el CAN, podrían encontrar su lugar en la práctica clínica convencional (40, 41).

Se han efectuado otros avances que podrían contribuir a complementar el paradigma clínico tradicional de orientación hacia la enfermedad mediante el abordaje de la calidad de vida, no solamente en el contexto de la investigación sino también en la práctica clínica cotidiana. Por ejemplo, Frisch (55) acuñó el concepto de «terapia de la calidad de vida» que él relaciona con las valoraciones específicas realizadas con su instrumento estructurado Quality of Life Inventory (QOLI). Considera la *valoración* de la calidad de vida como el fundamento para las *intervenciones* específicas sobre la calidad de vida, es decir, intervenciones centradas en la potenciación de la calidad de vida, de la misma manera que un psiquiatra explora los síntomas psicopatológicos, establece un diagnóstico y, después, decide cuáles son los tratamientos psiquiátricos más apropiados. La diferencia con el abordaje de Frisch (que este investigador aplica de manera paradigmática a la depresión) es que éste propone centrar las acciones terapéuticas sobre la calidad de vida más que sobre los síntomas (56).

En el marco de las intervenciones terapéuticas que no se centran en los aspectos enfermos, dentro del contexto clínico, otro nuevo concepto es el de la denominada «entrevista de motivación» (57). El objetivo de la entrevista de motivación es la modificación del estilo de vida del paciente, y esta modalidad se está aplicando principalmente en el campo del abuso de sustancias, aunque también se utiliza cada vez con mayor frecuencia en otros campos de la salud (58).

Aunque en la entrevista de motivación no se usa directamente el término calidad de vida, puede considerarse que este instrumento persigue la potenciación de la calidad de vida. Ocurre lo mismo con algunas actividades terapéuticas que actualmente se llevan a cabo en el campo de la asistencia psiquiátrica. El denominado «movimiento de recuperación» también insiste *de facto* en las intervenciones sobre la calidad de vida, sin denominarlas de esta manera (59, 60). En Viena, nuestro grupo ha desarrollado herramientas de control y servicios para mejorar la calidad de vida en las personas que sufren trastornos mentales, incluyendo a sus familias. Un nuevo instrumento psicoeducativo dirigido hacia la esquizofrenia se centra tanto en los aspectos relativos a la calidad de vida como en los aspectos de la enfermedad (61), y un nuevo dispositivo residencial con orientación familiar («Pensión Bettina») actúa como una «escuela para vivir con la esquizofrenia» (62). Éstos y otros programas similares (p. ej., la discusión que llevan a cabo los cuidadores y los profesionales sanitarios fuera del contexto terapéutico e institucional familiar tradicional, analizando las experiencias y consecuencias de la psicosis, así como las formas de superarlas [«triálogo»]) insisten en los conceptos de capacitación, defensa y autoayuda (63). Esta filosofía es congruente con los principios de «promoción de la salud mental», que también pueden ser considerados un medio para mejorar la calidad de vida en la población general, tanto de las personas sanas como de las que presentan riesgo de sufrir trastornos mentales y de las personas que ya sufren una enfermedad mental (42).

Obviamente, se están desarrollando actividades en el campo de la asistencia psiquiátrica que consideran tan importantes la calidad de vida como los aspectos centrados en la enfermedad. La solicitud, por parte de las autoridades reguladoras, de datos relativos a la calidad de vida para la autorización de la comercialización de nuevos tratamientos farmacológicos también es un signo de la concienciación cada vez mayor con respecto a las necesidades relacionadas con la calidad de vida de los pacientes que sufren trastornos mentales.

Agradecimientos

En este artículo se exponen algunos conceptos contenidos en Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds.). *Quality of life in mental disorders*, 2ª 7ed. Chichester: Wiley, 2006: 3-17.

World Psychiatry 2006; 4:139-145

Bibliografía

- Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds). *Quality of life in mental disorders*, 2nd ed. Chichester: Wiley, 2006:3-17.
- Diener E, Suh EM, Lucas RE et al. Subjective well-being: three decades of progress. *Psychol Bull* 1999;125:276-302.
- Rapley M. *Quality of life research: a critical introduction*. London: Sage, 2003.
- Barge-Schaapveld DQ, Nicolson NA, Delespaul PA et al. Assessing daily QoL with the experience sampling method. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds). *Quality of life in mental disorders*, 2nd ed. Chichester: Wiley, 2006:91-101.
- Elkinton J. Medicine and the quality of life. *Ann Int Med* 1966; 64:711-4.
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
- McLaren N. A critical review of the biopsychosocial model. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1998;32:86-92.
- Wing JK, Brown GW. Institutionalism and schizophrenia: a comparative study of three mental hospitals 1960-68. Cambridge: Cambridge University Press, 1970.
- Gardos G, Cole JO. Maintenance antipsychotic therapy: is the cure worse than the disease? *Am J Psychiatry* 1976;133:32-6.
- Angermeyer MC, Kilian R. Theoretical models of quality of life for mental disorders. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds). *Quality of life in mental disorders*, 2nd ed. Chichester: Wiley, 2006:21-31.
- Campbell A, Converse P, Rodgers W. *The quality of American life*. New York: Russell Sage, 1976.
- Becker M, Diamond R, Sainfort F. A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Qual Life Res* 1993;2:239-51.
- Bigelow DA, Brodsky G, Stewart L et al. The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. In: Stahler GJ, Tash WR (eds). *Innovative approaches to mental health evaluation*. New York: Academic Press, 1982:345-66.
- Albrecht GL, Fitzpatrick R. A sociological perspective on health-related quality of life research. In: Albrecht GL, Fitzpatrick R (eds). *Quality of life in health care*. Greenwich: Jai Press, 1994:1-21.
- Spilker B. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. New York: Lippincott-Raven, 1996.
- Angermeyer MC, Kilian RC, Katschnig H. Psychotropic medication and quality of life. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds). *Quality of life in mental disorders*, 2nd ed. Chichester: Wiley, 2006:211-9.
- Stroup TS, Liberman JA. 'Real world' trials of psychotropic medication. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds). *Quality of life in mental disorders*, 2nd ed. Chichester: Wiley, 2006:221-9.
- Oliver J, Huxley P, Bridges K et al. *Quality of life and mental health services*. London: Routledge, 1996.
- Lasalvia A, Ruggeri M. Quality of life in mental health service research. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds). *Quality of life in mental disorders*, 2nd ed. Chichester: Wiley, 2006:257-68.
- Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of life instruments. *JAMA* 1994;272:619-26.
- Schipper H, Clinch JJ, Olweny CLM. Quality of life studies: definitions and conceptual issues. In: Spilker B (ed). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. New York: Lippincott-Raven, 1996:11-23.
- Atkinson M, Zibin SH, Chuang H. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *Am J Psychiatry* 1997;105:99-105.
- Katschnig H, Krautgartner M, Schrank B et al. Quality of life in depression. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds). *Quality of life in mental disorders*, 2nd ed. Chichester: Wiley, 2006:129-40.
- Schwarz N, Clore GL. Mood, misattribution, and judgments of well-being: informative and directive functions of affective states. *J Person Soc Psychol* 1983;45:513-23.
- Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press, 1976.
- Kay DWK, Beamish P, Roth M. Old age mental disorders in Newcastle-upon-Tyne, II. A study of possible social and medical causes. *Br J Psychiatry* 1964;110:668-82.
- Morgado A, Smith M, Lecrubier Y et al. Depressed subjects unwittingly overreport poor social adjustment which they reappraise when recovered. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:614-9.
- Mechanic D, McAlpine D, Rosenfield S et al. Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. *Soc Sci Med* 1994;39:155-64.
- Pukrop R, Schlaak V, Moller-Leimkuhler AM et al. Reliability and validity of quality of life assessed by the Short-Form 36 and the Modular System for Quality of Life in patients with schizophrenia and patients with depression. *Psychiatry Res* 2003;11:63-79.
- Jacobson AM, de Groot M, Samson JA. The effect of psychiatric disorders and symptoms on quality of life in patients with Type I and Type II diabetes mellitus. *Qual Life Res* 1997;6:11-20.
- Becker M, Diamond R. Quality of life measurement in persons with schizophrenia: are we measuring what's important? In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds). *Quality of life in mental disorders*, 2nd ed. Chichester: Wiley, 2006:111-26.
- Sainfort F, Becker M, Diamond R. Judgments of quality of life of individuals with severe mental disorders. *Am J Psychiatry* 1996;153:497-502.
- Barry MM, Crosby C. Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term psychiatric disorders. *Br J Psychiatry* 1996;168:210-6.
- Zissi A, Barry MM. Well-being and life satisfaction as components of quality of life in mental disorders. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds). *Quality of life in mental disorders*, 2nd ed. Chichester: Wiley, 2006:33-44.
- Sartorius N. Quality of life and mental disorders: a global perspective. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds). *Quality of life in mental disorders*, 2nd ed. Chichester: Wiley, 2006:321-7.
- Heinrichs DW, Hanlon ET, Carpenter WT Jr. The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull* 1984;10:388-98.
- Hunt SM, McKenna SP. The QLDS: a scale for measurement of quality of life in depression. *Health Policy* 1992;22:307-19.
- Calman KC. Quality of life in cancer patients - a hypothesis. *J Med Ethics* 1984;10:124-7.
- Freeman H. Standard of living and environmental factors as a component of quality of life in mental disorders. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds). *Quality of life in mental disorders*, 2nd ed. Chichester: Wiley, 2006:57-67.
- Brewin CR, Wing JK, Mangen SP et al. Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC Needs for Care Assessment. *Psychol Med* 1987;17:971-81.

41. Phelan M, Slade M, Thornicroft G et al. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 1995;167:589-95.
42. Jané-Llopis E, Katschnig H. Improving quality of life through mental health promotion. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds). *Quality of life in mental disorders*, 2nd ed. Chichester: Wiley, 2006:331-42.
43. Maslow AH. *Motivation and personality*. New York: Harper and Row, 1954.
44. Barham P, Hayward R. *From the mental patient to the person*. London: Routledge, 1991.
45. Mechanic D. Organisation of care and quality of life of persons with serious and persistent mental illness. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds). *Quality of life in mental disorders*, 2nd ed. Chichester: Wiley, 2006:309-19.
46. Bullinger M. Indices versus profiles - advantages and disadvantages. In: Walker SR, Rosser RM (eds). *Quality of life assessment: key issues in the 1990s*. Dordrecht: Kluwer, 1993:209-20.
47. Endicott J, Nee J, Harrison W et al. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacol Bull* 1993;29:321-6.
48. Chisholm D, Salvador-Carulla L, Ayuso-Mateos LJ. Quality of life measurement in the economic analysis of mental health care. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds). *Quality of life in mental disorders*, 2nd ed. Chichester: Wiley, 2006:299-308.
49. Amering M, Hofer E, Windhaber J et al. MONA - a new instrument for management oriented needs assessment. Presented at the 6th World Congress of the World Association for Psychosocial Rehabilitation, Hamburg, May 2-5, 1998.
50. Bernhard J, Lowy A, Mathys N et al. Health related quality of life: a changing construct? *Qual Life Res* 2004;13:1187-97.
51. Deyo R, Carter W. Strategies for improving and expanding the application of health status measures in clinical settings. *Med Care* 1992;30:176-86.
52. Velikova G. Use of electronic quality of life applications in cancer research and clinical practice. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research* 2004;4:403-11.
53. Higginson I J, Carr AJ. Measuring quality of life: using quality of life measures in the clinical setting. *Br Med J* 2001;322:1297-300.
54. Espallargus M, Valderas JM, Alonso JM. Provision of feedback on perceived health status to health care professionals: a systematic review. *Med Care* 2000;38:175-86.
55. Frisch MB. Improving mental and physical health care through quality of life therapy and assessment. In: Diener E, Rahtz DR (eds). *Advances in quality of life theory and research*. Dordrecht: Kluwer, 2000:207-41.
56. Frisch M. *Quality of life therapy*. Hoboken: Wiley, 2006.
57. Miller WR, Rollnick SR. *Motivational interviewing: preparing people to change behaviour*. New York: Guilford, 1991.
58. Britt E, Hudson S, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Education and Counseling* 2004; 53:147-55.
59. Anthony W, Rogers ES, Farkas M. Research on evidence-based practices: future directions in an era of recovery. *Commun Ment Health J* 2003;39:101-14.
60. Stastny P, Amering M. Consumer-interests and the quality of life concept - common ground or parallel universes? In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds). *Quality of life in mental disorders*, 2nd ed. Chichester: Wiley, 2006:275-83.
61. Amering M, Sibitz I, Gössler R et al. *Wissen - Geniessen - Besser leben. Ein Seminar für Menschen mit Psychoseerfahrung*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2002.
62. Katschnig H, Amering M. Neutralität und Autonomie - Leitbilder für die Kooperation mit Angehörigen schizophrener Patienten in einem familienorientierten Wohnheim. In: Böker W, Brenner HD (eds). *Integrative Therapie der Schizophrenie*. Bern: Huber, 1996:377-83.
63. Amering M, Hofer H, Rath I. The "First Vienna Dialogue" - experiences with a new form of communication between users, relatives and mental health professionals. In: Lefley HP, Johnson DL (eds). *Family interventions in mental illness: international perspectives*. Westport: Praeger, 2002:105-24.

¿Debe ignorar la Psiquiatría general la somatización y la hipocondría?

FRANCIS CREED

Manchester Royal Infirmary, Oxford Road, Manchester M13 9WL, UK

En este artículo se analiza la tendencia de la Psiquiatría general a ignorar la somatización y la hipocondría. Estos trastornos no se suelen incluir en las encuestas nacionales de salud mental y no son considerados generalmente como un problema por parte de los psiquiatras generales. Sin embargo, los médicos de atención primaria y de otras especialidades se sienten a menudo afectados negativamente por el fracaso de la Psiquiatría para ofrecer soluciones en esta área de la medicina. Muchos psiquiatras no son conscientes del sufrimiento, la alteración funcional y los elevados costes que conllevan estas enfermedades, debido a que estos problemas se plantean principalmente en el contexto de la atención primaria y en el contexto de otras especialidades diferentes de la Psiquiatría. Las dificultades para su diagnóstico y la tendencia a considerar estos trastornos como fenómenos puramente secundarios de la depresión, la ansiedad y otras enfermedades relacionadas, indican que la Psiquiatría general puede seguir ignorando la somatización y la hipocondría. Sin embargo, si la Psiquiatría general abordara de manera más decidida estos trastornos, se podrían conseguir una prevención y un tratamiento mejores de la depresión, y sería posible prevenir la discapacidad grave que puede acompañar a estas enfermedades.

Palabras clave: somatización, hipocondría, diagnóstico, trastornos somatomorfos, depresión

Los trastornos somatomorfos han sido descritos recientemente como «una de las áreas más controvertidas y difíciles de la Psiquiatría moderna» (1). A pesar de esta afirmación, los psiquiatras y los especialistas en planificación sanitaria tienden a descuidar estos problemas (2, 3). En general, estos trastornos no son incluidos en las encuestas nacionales de salud mental y de necesidades insatisfechas (4-6), de manera que hasta el momento no se ha efectuado una estimación precisa del problema que representan (3). En esta breve revisión se pretende analizar algunas razones que explican la situación actual en esta cuestión.

DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS

Una de las razones principales por las que el trastorno de somatización ha sido omitido en las encuestas de población general es su aparente rareza. La definición original de este trastorno recogida en el DSM-III era tan restrictiva, que en un estudio realizado sobre 3.798 personas de la población general sólo se demostró que lo padecían 15 de ellas (prevalencia del 0,38 %) (7). Este dato, junto con el elevado número de preguntas necesarias para establecer la presencia del trastorno de somatización, explica probablemente el hecho de que este diagnóstico fuera retirado de la mayor parte de las encuestas nacionales posteriores.

De hecho, en una revisión sistemática se observó que la prevalencia del trastorno de somatización y de la hipocondría, según se definen en el DSM-III, era tan baja en grupos de personas de la población general o en grupos de pacientes atendidos por la medicina primaria, que los investigadores no podían estudiar fiablemente las características asociadas a estos trastornos (8). Por esta razón, muchos investigadores optaron por abandonar la definición del trastorno de somatización recogida en el DSM-III, utilizando en su lugar definiciones de carácter más práctico, como las de somatización abreviada (cuatro síntomas somatomorfos en los hombres y seis síntomas somatomorfos en las mujeres) o la de trastorno multisomatomorfo (9, 10). Posteriormente, en el DSM-IV se recogió el diagnóstico de «trastorno somatomorfo indiferenciado», en el que uno o más síntomas sin causa médica pueden dar lugar a dificultades o malestar en el paciente.

Esta multiplicidad de definiciones ha dado lugar a una amplia variación en la prevalencia del trastorno de somatización. Por ejemplo, en un estudio efectuado en el contexto de la medicina primaria, menos del 1 % de los pacientes cumplía criterios DSM-IV del trastorno de somatización; el 6 % cumplía los criterios abreviados; el 24 % cumplía los criterios del trastorno multisomato-

morfo, y el 79 % cumplía los criterios del trastorno somatomorfo indiferenciado (11). Estos porcentajes son similares a los observados en dos revisiones sistemáticas (8, 12). En otros estudios se ha demostrado una prevalencia del trastorno de somatización según criterios CIE-10 del 2,7-10,1 % en el contexto de la medicina primaria (13, 14). Esta falta de consenso acerca del diagnóstico y de su prevalencia no ayuda a que los especialistas que realizan la planificación de las encuestas sobre población general incluyan en ellas el trastorno de somatización. Es necesario continuar trabajando para establecer el número apropiado de síntomas y alteraciones asociadas que permitan definir satisfactoriamente el trastorno de somatización.

El diagnóstico de hipocondría plantea una situación similar. Aparentemente es un diagnóstico infrecuente en los contextos no especializados, de manera que se han desarrollado criterios diagnósticos alternativos (8). En un estudio se observó que cumplía los criterios diagnósticos de hipocondría el 2 % de los pacientes en atención primaria, aunque el 14 % de los pacientes estaba preocupado por el pensamiento de sufrir una enfermedad grave que no había sido diagnosticada (15). De hecho, la convicción del padecimiento de una enfermedad es por sí misma un factor predictivo independiente tanto del deterioro del desempeño como del comportamiento de búsqueda de ayuda médica (16, 17). Además, la hipocondría «abreviada» no es menos discapacitante que el diagnóstico pleno de hipocondría, incluso tras el control de la depresión concomitante (17). Debido a ello, en un ensayo clínico relativo a la terapia cognitivo-conductual de la hipocondría se incluyeron pacientes con hipocondría subliminar (18).

No está clara la relación existente entre la preocupación por el padecimiento de una enfermedad y la ansiedad por la salud, y algunos investigadores han utilizado una definición que incluye tanto el número de síntomas somáticos como el temor a la enfermedad, la preocupación por cuestiones corporales y la convicción del padecimiento de una enfermedad (19).

El concepto de «trastorno» en relación con la somatización y la hipocondría se debe contemplar teniendo en cuenta el hecho de que tanto el número de pacientes con síntomas corporales como el de pacientes con preocupación por el padecimiento de una enfermedad se distribuyen de manera continua tanto en el contexto de la asistencia primaria de la salud como en los grupos de población general. Hay una relación lineal entre el número de síntomas corporales, por un lado, y la discapacidad y la utilización de recursos sanitarios, por otro (15, 20, 21), aunque esta relación podría no existir en el caso de la preocupación por el padecimiento de una enfermedad (21). A la vista de los datos

actuales, no están claros los valores liminares precisos con utilidad clínica en la atención primaria y en las consultas de las distintas especialidades. Cualquier nueva clasificación diagnóstica (p. ej., el DSM-V) debería fomentar la investigación más que, tal como ha ocurrido con el DSM-IV, imponer artificialmente un umbral que, según se ha demostrado posteriormente, es incorrecto.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CONCURRENTES

A pesar de que hay abundantes pruebas de que la depresión y la ansiedad están asociadas estrechamente con el número de síntomas somáticos (22), en dos estudios de gran envergadura efectuados en pacientes atendidos en el contexto de la atención primaria y en las consultas de las distintas especialidades se observó que, en conjunto, los síntomas sin una causa médica no están asociados a estos trastornos psiquiátricos (23, 24). Además, la tercera parte de los pacientes atendidos por la medicina primaria y que señalan padecer cinco o más síntomas sin causa médica evidente no sufre ningún trastorno psiquiátrico (25). En las consultas médicas en el contexto de las distintas especialidades, en las que son más frecuentes los síntomas no explicados desde el punto de vista médico (el 35-50 % de todos los pacientes atendidos en este contexto), las dos terceras partes de los pacientes no sufre trastornos de ansiedad o depresión ni otros problemas asociados a éstos (21, 24, 26-28). Por lo tanto, es un gran error considerar que el padecimiento de numerosos síntomas somáticos representa únicamente una manifestación de los trastornos de depresión o ansiedad, y los datos presentados no avalan el concepto de que el trastorno de somatización sea realmente inexistente o de que se pueda incluir en los trastornos de ansiedad y depresión (29). Todavía es más convincente el hecho de que el tratamiento adecuado de la somatización o de la hipocondría mediante terapia cognitivo-conductual o mediante la administración de antidepresivos no se acompaña necesariamente de una reducción significativa de la ansiedad o la depresión (30-32).

Este concepto procede del hecho de que en la definición original de la somatización se requería la existencia de un trastorno psiquiátrico subyacente a los síntomas somáticos (33), así como de los resultados obtenidos en estudios importantes sobre la somatización en el contexto de la medicina primaria en los que se identificaron pacientes con trastornos de depresión y ansiedad que acudían al médico general con síntomas somáticos (33, 34). Este método de reclutamiento de los pacientes no incluye los numerosos pacientes de medicina primaria que presentan síntomas «sin explicación médica» pero que no sufren trastornos de ansiedad o depresión (12).

La importancia real de los trastornos de ansiedad y depresión como cuadros acompañantes de la somatización y de la hipocondría radica en el hecho de que las alteraciones funcionales asociadas son mayores cuando se produce esta conjunción de diagnósticos, debido a que los trastornos de ansiedad y depresión incrementan de manera aditiva su efecto sobre el desempeño (35). En los casos en los que el trastorno depresivo concomitante se trata con buenos resultados, mejora el desempeño (36).

Por tanto, es necesario reconocer que la relación existente entre la ansiedad y la depresión, por un lado, y la somatización y la hipocondría, por otro, es compleja. Pueden definirse al menos tres grupos de pacientes con somatización o hipocondría. En el primero de estos grupos, los síntomas somáticos o la preocupación se acompañan de ansiedad o depresión, de manera que cuando estos últimos problemas se tratan adecuadamente también mejoran los síntomas somáticos. El segundo grupo de pacientes también muestra ansiedad o depresión concomitantes, pero el tratamiento adecuado de estos problemas puede dar lugar a una mejoría del desempeño con pocas modificaciones de los síntomas somáticos (30, 32, 36, 37). El tercer grupo está constituido por los

pacientes que muestran problemas de somatización o hipocondría bien definidos pero que no presentan simultáneamente ansiedad o depresión; en estos casos, las alteraciones cognitivas o de la percepción subyacentes a la somatización o a la hipocondría pueden aparecer de manera aislada.

¿POR QUÉ DEBEN PRESTAR LOS PSIQUIATRAS GENERALES UNA ATENCIÓN MAYOR A LA SOMATIZACIÓN?

Hay varias razones por las que los psiquiatras generales deberían estar más interesados en la somatización y en la hipocondría.

En primer lugar, algunos psiquiatras y médicos de la sanidad pública están preocupados por la elevada prevalencia y el tratamiento insuficiente de los trastornos depresivos. Estos profesionales deben ser conscientes de que en los pacientes que sufren trastornos depresivos acompañados de numerosos síntomas somáticos es menos probable el diagnóstico y el tratamiento de la depresión que en el caso de los pacientes cuyos síntomas depresivos responden sólo a una causalidad psicológica (38, 39). En segundo lugar, hay pruebas que indican que la somatización puede anteceder al inicio del trastorno depresivo (40), por lo que la consideración más detallada de la somatización intensa en el contexto asistencial primario podría ofrecer la oportunidad poco frecuente de prevenir el trastorno depresivo. En tercer lugar, la somatización y la preocupación por el padecimiento de una enfermedad son factores predictivos independientes del elevado número de consultas en el contexto asistencial primario, incluso tras el control de la depresión y la ansiedad (16, 41, 42). Es necesario conocer las razones de ello, debido a que este dato puede ser útil para reducir la carga que suponen estos trastornos para el sistema sanitario.

Por último, las etiologías de la somatización y de la depresión están muy relacionadas, pero no son idénticas. Así, las investigaciones relativas a las causas de la somatización asociada a depresión pueden ser más informativas que las realizadas únicamente sobre la depresión. Por ejemplo, se han obtenido resultados preliminares que indican que la somatización y la depresión podrían ser cuadros genética y ambientalmente diferentes, aunque con solapamiento en cuanto a la predisposición genética (43). También se ha informado que la somatización está relacionada con el estrés y la adversidad, y que la depresión está relacionada con otros acontecimientos vitales (44). La aparición de trastornos somatomorfos, incluyendo la somatización, se ha asociado al sexo femenino, a la clase social baja, al consumo de sustancias, a la ansiedad y a los trastornos afectivos, y a los acontecimientos sexuales y físicos traumáticos y amenazantes (45). Para desarrollar intervenciones terapéuticas más eficaces, sería útil un conocimiento más detallado de los factores de riesgo, independientes o relacionados, de la depresión y de la somatización.

Se ha señalado, por ejemplo, que los antecedentes de abuso sexual constituyen un factor de riesgo para la somatización y para la depresión, pero realmente no se sabe si son un factor de riesgo para la somatización «pura», es decir, la somatización que aparece sin depresión concomitante. Por otra parte, parece que la somatización intermedia la asociación entre los antecedentes de abuso sexual y el uso frecuente de recursos sanitarios, con mayor precisión que la depresión, lo que sugiere que puede existir un vínculo específico entre el abuso sexual y la sensibilidad respecto a los síntomas corporales (46, 47). Además, nuestro grupo ha observado que el abuso sexual y la depresión son factores predictivos independientes del incremento del umbral para el dolor en pacientes con síndrome del colon irritable grave en los que se produjo una mejoría tras el abordaje psicoterapéutico o el tratamiento con antidepresivos (48). Muchos de estos pacientes cumplían los criterios del trastorno de somatización.

De hecho, los hallazgos relativos a la posibilidad de que la adversidad durante la niñez constituya un factor de riesgo para la somatización o la hipocondría son contradictorios (49, 50), de manera que esta adversidad podría predecir una respuesta del paciente frente a los síntomas somáticos (tendencia a la persistencia de los síntomas y a una discapacidad funcional importante) más que el inicio de dichos síntomas (51).

RESULTADOS RECIENTES DE LAS INVESTIGACIONES

Hay varios mitos relativos a la somatización que han sido derrumbados por las investigaciones más recientes, lo que indica la necesidad de una puesta al día de este fenómeno.

En estudios de investigación previos se había considerado que la somatización estaba relacionada principalmente con los síntomas corporales que «carecen de una explicación médica, son incapacitantes o inducen un comportamiento de búsqueda de ayuda médica». Este concepto, por sí solo, podría haber explicado la asociación –ya detectada en muchos estudios previos– de la somatización con las alteraciones funcionales y con la utilización de recursos sanitarios. De hecho, el número de síntomas corporales y el grado de preocupación por el padecimiento de una enfermedad se asocian a la discapacidad y al uso de recursos sanitarios, tanto si los síntomas tienen una causa médica como si no la tienen (16, 21, 52, 53); la relación existente es de tipo general, no limitada a los pacientes con síntomas sin explicación médica.

Se ha considerado desde hace tiempo que el trastorno de somatización y la hipocondría son enfermedades crónicas, pero en el contexto de la atención primaria ambos trastornos se resuelven en aproximadamente el 50 % de los pacientes al cabo de un año (8). Tal como ya se ha mencionado, la resolución de estos problemas puede estar asociada a la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión, aunque éste no ha sido un hallazgo constante (8, 54).

La idea tradicional de que la somatización es más frecuente en los países en vías de desarrollo, en comparación con los desarrollados, no ha sido sustentada en diversos estudios; en un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud se observaron índices elevados en centros europeos y de América del Sur (54).

Los pacientes con trastorno de somatización o alteraciones relacionadas con este cuadro muestran diferencias con los pacientes que sufren trastornos de ansiedad o depresión, pues atribuyen sus síntomas a causas «orgánicas», «corporales» o externas, tales como un germen, un virus, algún factor ambiental, el envejecimiento o una vulnerabilidad genética (55-58). En realidad, los pacientes que sufren un trastorno somatomorfo y un cuadro de depresión o ansiedad atribuyen sus síntomas tanto a causas psicológicas como «orgánicas». El cambio de la atribución somática a la atribución psicológica ha sido asociado a una mejora de la evolución (59), mientras que la atribución somática disfuncional persistente en pacientes con síndrome del colon irritable se ha asociado a la realización frecuente de consultas médicas (60). Si se conociera el mecanismo de desarrollo de estas atribuciones se estaría en una mejor posición para tratar a los pacientes con buenos resultados.

En estudios de investigación recientes relativos a aspectos cualitativos se ha señalado que las atribuciones orgánicas de la enfermedad pueden estar más relacionadas con las respuestas de los médicos a los síntomas del paciente que con una atribución real efectuada por el propio paciente, un aspecto que puede reforzar las atribuciones somáticas (61). Este dato ofrece una oportunidad para la prevención de la somatización persistente.

CONCLUSIÓN

El material que se ha revisado en este artículo apoya el concepto de que los trastornos somatomorfos constituyen una de las

áreas más controvertidas y difíciles de la Psiquiatría moderna (1). Estos trastornos son especialmente difíciles para los psiquiatras que generalmente atienden sólo a pacientes con trastornos crónicos graves. En estas circunstancias, los psiquiatras protestan con frecuencia, pues consideran que la intervención temprana podría haber evitado numerosos problemas secundarios. Esta intervención temprana no será posible a menos que los psiquiatras generales que también ejercen en los contextos de atención primaria y secundaria estimulen a los profesionales de medicina y enfermería para la adopción de abordajes terapéuticos tempranos y apropiados en todos los pacientes que sufren abundantes síntomas orgánicos o una gran preocupación por el padecimiento de alguna enfermedad.

Las dificultades a las que se enfrenta la investigación también son formidables. Son necesarios estudios con diseño longitudinal sobre población general para poder conocer los factores de riesgo de estos trastornos y sus características asociadas de disminución del desempeño y de utilización excesiva de los recursos sanitarios. En el momento presente, estos estudios son muy escasos. Es esencial una precisión diagnóstica mayor, y se espera que los autores del DSM-V apliquen toda su experiencia y los datos más actualizados de las investigaciones para definir criterios sensibles y evitar los errores del DSM-IV (62). También son necesarios nuevos estudios de tipo terapéutico, pero éstos deben ser diseñados cuidadosamente, para explicar los grados diferentes de gravedad observados en los contextos médicos asistenciales primario y secundario (atención especializada) (63), así como las características de los pacientes que presentan trastornos depresivos concomitantes o que no los presentan. Es esperable que el creciente bagaje de conocimientos existente en esta área aliente a más grupos de investigación multidisciplinar para la consideración de estos trastornos en sus estudios de investigación.

Mientras no se incrementen considerablemente los esfuerzos clínicos y de investigación, la somatización y la hipocondría seguirán siendo importantes problemas de salud pública, debido a su escasa consideración actual. Sería lamentable que estos trastornos sólo recibieran atención a consecuencia de los elevados costes que imponen al sistema de salud; las enfermedades que afectan a un número tan elevado de pacientes tienen entidad por sí mismas. No es probable que haya otros grupos profesionales que persigan la investigación y la mejora de la atención de este grupo de pacientes. Por lo tanto, los psiquiatras, que conocen las importantes carencias de investigación y asistenciales de estos pacientes deberían afrontar este desafío.

World Psychiatry 2006; 4:146-150

Bibliografía

1. Maj M, Akiskal HS, Mezzich JE et al (eds). Somatoform disorders. Chichester: Wiley, 2005.
2. Bass C, Peveler R, House A. Somatoform disorders: severe psychiatric illnesses neglected by psychiatrists. *Br J Psychiatry* 2001;179:11-4.
3. Saxena S. Somatization and conversion disorders: a forgotten public health agenda? In: Maj M, Akiskal HS, Mezzich JE et al (eds). Somatoform disorders. Chichester: Wiley, 2005:42-4.
4. Jenkins R, Lewis G, Bebbington P et al. The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain - initial findings from the household survey. *Psychol Med* 1997;27:775-89.
5. 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.
6. 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.

7. Swartz M, Blazer D, George L et al. Somatization disorder in a community population. *Am J Psychiatry* 1986;143:1403-8.
8. Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatization disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res* 2004;56:391-408.
9. Escobar JI, Rubio-Stipec M, Canino G et al. Somatic symptom index (SSI): a new and abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *J Nerv Ment Dis* 1989;177:140-6.
10. Kroenke K, Spitzer RL, deGruy FV III et al. Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:352-8.
11. Lynch DJ, McGrady A, Nagel R et al. Somatization in family practice: comparing 5 methods of classification. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 1999;1:85-9.
12. Burton C. Beyond somatization: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Br J Gen Pract* 2003;53:231-9.
13. Goldberg DP, Lecrubrier Y. Form and frequency of mental disorders across centres. In: Ustun TB, Sartorius N (eds). *Mental illness in general health care*. Chichester: Wiley, 1998:323-34.
14. Toft T, Fink P, Oernboel E et al. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the Functional Illness in Primary Care (FIP) study. *Psychol Med* 2005;35:1175-84.
15. Kroenke K, Spitzer RL. Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Med* 1998;60:150-5.
16. Looper KJ, Kirmayer LJ. Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychol Med* 2001;31:577-84.
17. Gureje O, Ustun TB, Simon GE. The syndrome of hypochondriasis: a cross-national study in primary care. *Psychol Med* 1997;27:1001-10.
18. Barsky AJ, Ahern DK. Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291:1464-70.
19. Barsky AJ, Ettner SL, Horsky J et al. Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Med Care* 2001;39:705-15.
20. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB et al. Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med* 1994;3:774-9.
21. Jackson J, Fiddler M, Kapur N et al. Number of bodily symptoms predicts outcome more accurately than health anxiety in patients attending neurology, cardiology and gastroenterology clinics. *J Psychosom Res* 2006;60:357-63.
22. Henningsen PZ. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med* 2003;65:528-33.
23. Jackson JL, Passamonti M. The outcomes among patients presenting in primary care with a physical symptom at 5 years. *J Gen Intern Med* 2005;20:1032-7.
24. Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Res* 2001;51:361-7.
25. Kisely S, Goldberg D, Simon G. A comparison between somatic symptoms with and without clear organic cause: results of an international study. *Psychol Med* 1997;27:1011-9.
26. Hamilton J, Campos R, Creed F. Anxiety, depression and management of medically unexplained symptoms in medical clinics. *J Roy Coll Phys London* 1996;30:18-20.
27. Van Hemert AM, Hengeveld MW, Bolk JH et al. Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical out-patient clinic. *Psychol Med* 1993;23:167-73.
28. Kooiman CG, Bolk JH, Brand R et al. Is alexithymia a risk factor for unexplained physical symptoms in general medical outpatients? *Psychosom Med* 2000;62:768-78.
29. Simon GE. Are somatoform disorders a distinct category? In: Maj M, Akiskal HS, Mezzich JE et al (eds). *Somatoform disorders*. Chichester: Wiley, 2005:29-31.
30. O'Malley PG, Jackson JL, Santoro J et al. Antidepressant therapy for unexplained symptoms and symptom syndromes. *J Fam Pract* 1999;48:980-90.
31. Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A et al. Two psychological treatments for hypochondriasis. A randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 1998;173:218-25.
32. Kroenke K, Swindle R. Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychother Psychosom* 2000;69:205-15.
33. Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res* 1985;29:563-9.
34. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999;341:1329-35.
35. de Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA et al. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry* 2004;184:470-6.
36. Creed F, Ratcliffe J, Fernandez L et al. Depressive, panic and neurasthenic disorders predict poor outcome in severe irritable bowel syndrome. *Br J Psychiatry* 2005;186:507-15.
37. Creed F, Fernandes L, Guthrie E et al. The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2003;124:303-17.
38. Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M et al. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993;150:734-41.
39. Hickie IB, Davenport TA, Scott EM et al. Unmet need for recognition of common mental disorders in Australian general practice. *Med J Australia* 2001;175(Suppl.):S18-S24.
40. Zwaigenbaum L, Szatmari P, Boyle MH et al. Highly somatizing young adolescents and the risk of depression. *Pediatrics* 1999;103:1203-9.
41. Kapur N, Hunt I, Lunt M et al. Psychosocial and illness related predictors of consultation rates in primary care—a cohort study. *Psychol Med* 2004;34:719-28.
42. Little P, Somerville J, Williamson I et al. Psychosocial, lifestyle, and health status variables in predicting high attendance among adults. *Br J Gen Pract* 2001;51:987-94.
43. Gillespie NA, Zhu G, Heath AC et al. The genetic aetiology of somatic distress. *Psychol Med* 2000;30:1051-61.
44. Portegijs PJ, Jeuken FM, van der Horst FG et al. A troubled youth: relations with somatization, depression and anxiety in adulthood. *Fam Pract* 1996;13:1-11.
45. Lieb R, Zimmermann P, Friis RH et al. The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: a prospective-longitudinal community study. *Eur Psychiatry* 2002;17:321-31.
46. Fiddler M, Jackson J, Kapur N et al. Childhood adversity and frequent medical consultations. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26:367-77.
47. Biggs AM, Aziz Q, Tomenson B et al. Effect of childhood adversity on health related quality of life in patients with upper abdominal or chest pain. *Gut* 2004;53:180-6.
48. Guthrie E, Barlow J, Fernandes L et al. Changes in tolerance to rectal distension correlate with changes in psychological state in patients with severe irritable bowel syndrome. *Psychosom Med* 2004;66:578-82.
49. Romans S, Belaise C, Martin J et al. Childhood abuse and later medical disorders in women. An epidemiological study. *Psychother Psychosom* 2002;71:141-50.
50. Viner R, Hotopf M. Childhood predictors of self reported chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis in adults: national birth cohort study. *Br Med J* 2004;329:941.
51. Taylor RR, Jason LA. Chronic fatigue, abuse-related traumatization, and psychiatric disorders in a community-based sample. *Soc Sci Med* 2002;55:247-56.
52. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med* 2002;64:258-66.
53. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:903-10.

54. Gureje O, Simon GE. The natural history of somatization in primary care. *Psychol Med* 1999;29:669-76.
55. Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C. A review of the differences between somatizing and psychologizing patients in primary care. *Int J Psychiatry Med* 1999;29:337-45.
56. Moss-Morris R, Petrie KJ. Discriminating between chronic fatigue syndrome and depression: a cognitive analysis. *Psychol Med* 2001;31:469-79.
57. Rief W, Nanke A, Emmerich J et al. Causal illness attributions in somatoform disorders: associations with comorbidity and illness behavior. *J Psychosom Res* 2004;57:367-71.
58. Henningsen P, Jakobsen T, Schiltenwolf M et al. Somatization revisited: diagnosis and perceived causes of common mental disorders. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:85-92.
59. Kolk AM, Schagen S, Hanewald GJ. Multiple medically unexplained physical symptoms and health care utilization: outcome of psychological intervention and patient-related predictors of change. *J Psychosom Res* 2004;57:379-89.
60. Van Dulmen AM, Fennis JF, Mookink HG et al. The relationship between complaint-related cognitions in referred patients with irritable bowel syndrome and subsequent health care seeking behaviour in primary care. *Fam Pract* 1996;13:12-7.
61. Ring A, Dowrick CF, Humphris GM et al. The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Soc Sci Med* 2005;61:1505-15.
62. Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G et al. Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *Am J Psychiatry* 2005;162:847-55.
63. Raine R, Haines A, Sensky T et al. Systematic review of mental health interventions for patients with common somatic symptoms: can research evidence from secondary care be extrapolated to primary care? *Br Med J* 2002;325:1082.

Rehabilitación psiquiátrica hoy: una perspectiva general

WULF RÖSSLER

Department of General and Social Psychiatry, University of Zurich, Militärstr. 8, CH-8021 Zurich, Switzerland

Todos los pacientes que sufren enfermedades mentales graves y crónicas requieren rehabilitación. El objetivo de la rehabilitación psiquiátrica es ayudar a las personas discapacitadas a desarrollar las habilidades emocionales, sociales e intelectuales necesarias para poder vivir, aprender y trabajar en la comunidad con la menor cantidad posible de apoyo por parte de los profesionales de las distintas áreas. La filosofía básica de la rehabilitación psiquiátrica está fundamentada en dos estrategias de intervención. La primera de estas estrategias está centrada en el individuo y tiene como objetivo conseguir que el paciente desarrolle las habilidades necesarias en su interacción con un entorno estresante. La segunda estrategia es de carácter ecológico y persigue el desarrollo de los recursos ambientales necesarios para reducir los potenciales factores estresantes. La mayoría de las personas discapacitadas requiere la combinación de ambos abordajes. El desarrollo de la rehabilitación psiquiátrica ha alcanzado un punto en el que debería ser fácilmente accesible para cualquier persona discapacitada.

Palabras clave: Rehabilitación psiquiátrica, enfermos mentales graves, hogares de acogida, puestos de trabajo subvencionados, gestión de casos, tratamiento comunitario asertivo

El objetivo de la rehabilitación psiquiátrica es ayudar a las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas para que desarrollen las habilidades emocionales, sociales e intelectuales necesarias para poder vivir, aprender y trabajar en el contexto comunitario con el menor apoyo posible por parte de los profesionales de distintas áreas (1). Aunque la rehabilitación psiquiátrica no rechaza la existencia del impacto causado por la enfermedad mental, las prácticas de rehabilitación han modificado la percepción de este tipo de enfermedad. La capacitación de las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas para llevar a cabo una vida normal en la comunidad ha dado lugar a un desplazamiento del objetivo básico, desde un modelo centrado en la enfermedad hacia un modelo centrado en la discapacidad funcional (2). Así, adquieren relevancia otros parámetros de evolución distintos de los indicadores del estado clínico. Especialmente, en los individuos con discapacidad mental que viven en la comunidad adquiere un interés especial el desempeño (funcionamiento) del rol social, incluyendo las relaciones sociales, laborales y de ocio, así como la calidad de vida y la carga soportada por la familia del paciente.

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, LA DISCAPACIDAD Y LA SALUD

Las consecuencias que tienen a largo plazo los trastornos mentales más graves se podrían describir a través de distintas dimensiones. Una herramienta útil a este respecto es la Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (International Classification of Impairment, Disability and Handicaps, ICIDH,) propuesta inicialmente por la Organización Mundial de la Salud en 1980 (3) y revisada recientemente. La Clasificación In-

ternacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) revisada (4) efectúa un cambio, sustituyendo las descripciones negativas de los cuadros de deficiencia, discapacidad e incapacidad por las descripciones neutras de las estructuras y funciones corporales, las actividades y la participación. Además, en esta revisión se ha incluido una sección relativa a los factores ambientales, como parte de la clasificación, debido al reconocimiento de la importancia de los factores ambientales para facilitar el funcionamiento de las personas que sufren cuadros de discapacidad o para crear barreras al funcionamiento. Los factores ambientales interactúan con un estado de salud determinado, creando o aumentando una discapacidad, o restableciendo el funcionamiento, según el factor ambiental considerado sea un elemento facilitador o una barrera.

La ICF es una herramienta útil para abordar de manera global la enfermedad mental crónica en todas sus dimensiones: biológica (alteraciones corporales estructurales y funcionales); psicológica (limitaciones personales de la actividad) y social (restricciones en la participación social). Cada una de estas dimensiones presenta fundamentos teóricos sobre los que es posible la formulación de una intervención de carácter rehabilitador. Las intervenciones se pueden clasificar como rehabilitadoras en los casos en los que se dirigen principalmente hacia la mejora funcional del individuo afectado. Así, la naturaleza de una intervención se define por el objetivo que pretende alcanzar.

POBLACIÓN DESTINATARIA

A pesar de que en la mayoría de las personas que sufren una enfermedad mental crónica se ha establecido el diagnóstico de trastornos del grupo de la esquizofrenia,

hay otros grupos de pacientes que presentan cuadros psicóticos y no psicóticos que también deben ser abordados por la rehabilitación psiquiátrica. Hoy en día, la rehabilitación psiquiátrica es necesaria en todos los pacientes que sufren enfermedades mentales graves. El grupo básico está constituido por los pacientes con síntomas persistentes, acusada inestabilidad –caracterizada por recidivas frecuentes–, y falta de adaptación social (5).

En la actualidad se utilizan otras definiciones para la caracterización de los enfermos mentales crónicos (6). Todos ellos comparten algunos elementos: el diagnóstico de enfermedad mental, la duración prolongada y la incapacidad para el desempeño de roles.

Hasta el 50 % de las personas con enfermedad mental grave recibe también el diagnóstico concomitante de abuso de sustancias (7). Los denominados pacientes crónicos adultos jóvenes constituyen una categoría que presenta grandes dificultades diagnósticas (8). Estos pacientes muestran patrones complejos de síntomas, difíciles de categorizar dentro de los actuales sistemas de diagnóstico y clasificación. Muchos de ellos tienen también antecedentes de intento de suicidio. En conjunto, constituyen el grupo de pacientes de tratamiento más complicado.

MARCO CONCEPTUAL

La filosofía global de la rehabilitación psiquiátrica en los trastornos mentales comprende dos estrategias de intervención. La primera estrategia está centrada en el individuo, y su objetivo es desarrollar en el paciente las capacidades que posibiliten su interacción con un ambiente estresante. La segunda estrategia tiene un carácter ecológico y se dirige hacia el desarrollo de recursos ambientales que permitan reducir los factores potencialmente estresantes. En la mayoría de las personas con cuadros de

discapacidad es necesaria una combinación de ambos abordajes.

El punto de partida para una consideración adecuada de la rehabilitación es la aceptación de que ésta se dirige a una persona individual en el contexto de su ambiente específico. La rehabilitación psiquiátrica se debe llevar a cabo regularmente en condiciones de vida real. Así, los profesionales de la rehabilitación deben tener en cuenta las circunstancias vitales reales a las que posiblemente se enfrentará en su vida cotidiana la persona afectada (9).

Un segundo paso necesario es ayudar a las personas discapacitadas a identificar sus objetivos personales. No se trata de que esas personas elaboren, simplemente, una lista de sus necesidades. Las entrevistas de motivación representan un abordaje más sofisticado, que se propone definir los costes y beneficios personales asociados a las necesidades previamente identificadas (10). Esta etapa también implica la evaluación de la disposición del individuo al cambio (11, 12).

En la siguiente etapa, el proceso de planificación de la rehabilitación se centra en los puntos fuertes del paciente (9). Con independencia de la gravedad de los síntomas de un paciente determinado, el profesional de la rehabilitación debe trabajar con «los aspectos sanos del yo», debido a que «siempre hay una porción intacta del yo hacia la cual se pueden dirigir los esfuerzos terapéuticos y de rehabilitación» (13). Esto conduce a un concepto estrechamente relacionado: el objetivo de restablecer la esperanza en personas que sufren una alteración significativa en su autoestima a consecuencia de su enfermedad. Tal como ha señalado Bachrach (9), «es el tipo de esperanza que surge tras aprender a aceptar el hecho de padecer una enfermedad y sufrir limitaciones a consecuencia de ello, y tras aprender a actuar en función de estas características».

La rehabilitación psiquiátrica no puede ser impuesta; muy al contrario, se centra en la consideración del paciente como un individuo cuyos derechos deben ser respetados, y pone énfasis en la autodeterminación del individuo y en su responsabilización con respecto a todos los aspectos del proceso terapéutico y de rehabilitación. Estos valores relativos a la rehabilitación están incorporados en el concepto de recuperación (14). De acuerdo con este concepto, se considera que la alianza terapéutica desempeña un papel clave para conseguir que el paciente participe en la planificación de su propia asistencia (15). Es esencial que el paciente confíe en los conocimientos y en la responsabilidad de su terapeuta (16), teniendo en cuenta que las personas con enfermedades crónicas y discapacidades pierden sus relaciones íntimas y estables con otras personas en el curso de

su enfermedad (17). Las investigaciones recientes han sugerido que el apoyo social se asocia de manera positiva a la recuperación de las enfermedades crónicas, a una mayor satisfacción vital y a la potenciación de la capacidad para superar los factores estresantes vitales (18). Corrigan y cols. (19) han observado que el factor de mayor importancia para potenciar la recuperación es el apoyo al paciente por parte de las personas de su entorno social. Así, la rehabilitación psiquiátrica es también un ejercicio de construcción de redes sociales (20).

Finalmente, las personas que sufren trastornos mentales y sus cuidadores prefieren considerarse a sí mismos como consumidores de los servicios de salud mental, con un interés activo en el aprendizaje de todo lo relativo a los trastornos mentales y en la selección de los abordajes terapéuticos correspondientes. Un abordaje de defensa del consumidor permite la adopción de la perspectiva de las personas afectadas y la consideración seria de las acciones que pueden ser más beneficiosas para ellas (21). En este contexto, los médicos también deben reconocer que el desacuerdo entre ellos y los pacientes en cuanto a la enfermedad no siempre es el resultado del proceso patológico (22).

ABORDAJES ACTUALES

Como regla general, las personas que sufren cuadros de discapacidad psiquiátrica tienden a manifestar en su grupo social o cultural las mismas aspiraciones vitales que las personas que no presentan cuadros de discapacidad (23). Quieren ser individuos autónomos y respetados, y desean llevar adelante una vida lo más normal posible. Así, entre sus prioridades están: *a)* poseer su propia vivienda, *b)* conseguir un nivel educativo adecuado y un trabajo o una carrera profesional significativos, *c)* mantener relaciones sociales y personales satisfactorias y *d)* participar en la vida comunitaria como individuos de pleno derecho.

Vivienda

El objetivo de las reformas psiquiátricas que se iniciaron a mediados del decenio de 1950 era reinstaurar en el contexto comunitario a los enfermos mentales crónicos que hasta el momento habían permanecido internados en grandes hospitales psiquiátricos. Uno de los primeros pasos en este proceso de desinstitutionalización fue la provisión de viviendas de acogida en la comunidad a los pacientes con enfermedades crónicas que procedían de las antiguas residencias psiquiátricas. La mayoría de los pacientes que sufren enfermedades mentales crónicas puede abandonar sin proble-

mas los hospitales psiquiátricos y residir en el contexto comunitario (24).

Idealmente, se debería ofrecer un espectro continuo de opciones de residencia (*residential continuum*): desde los hogares de acogida tutelados que se mantienen abiertos las 24 horas del día, hasta apartamentos de acogida menos tutelados y más independientes que facilitan finalmente el paso de sus residentes a viviendas completamente independientes en la comunidad (25). Las críticas a este concepto han señalado: *a)* hasta el momento, es muy raro encontrar en una comunidad un espectro de opciones de alojamiento con estas características, *b)* este espectro no aborda las necesidades variables y fluctuantes de las personas que sufren enfermedades mentales graves y *c)* tampoco se contemplan las preferencias y decisiones del individuo. Los hogares protegidos (viviendas independientes con servicios de protección o apoyo [26]) se introdujeron en el decenio de 1980 como una alternativa a las opciones planteadas por este espectro. Los hogares protegidos ofrecen servicios flexibles e individualizados en función de las demandas individuales. Mientras tanto, las investigaciones sobre rehabilitación han podido demostrar que las viviendas protegidas constituyen un objetivo realista para la mayoría de las personas con discapacidades psiquiátricas (27). Una vez en la vivienda protegida, la mayoría de estos pacientes permanece en ella y tiene menos posibilidades de ser hospitalizada. Hay otras propuestas que no han dado resultados aceptables (27).

Trabajo

Los efectos beneficiosos del trabajo sobre la salud mental son conocidos desde hace siglos (28). Por lo tanto, la rehabilitación laboral ha constituido un elemento clave de la rehabilitación psiquiátrica desde sus comienzos. La rehabilitación laboral está fundamentada en el presupuesto de que el trabajo no solamente mejora la actividad, los contactos sociales, etc., sino que también produce beneficios en áreas personales relacionadas, como la autoestima y la calidad de vida, dado que el trabajo y el mantenimiento de un empleo representan un avance, desde las situaciones de dependencia hacia las de integración en la sociedad. A su vez, el incremento de la autoestima mejora el cumplimiento de la rehabilitación por parte de los individuos con deficiencias de comprensión (29).

La rehabilitación laboral tuvo sus orígenes en las instituciones psiquiátricas, en las que la falta de actividad y de estimulación daba lugar a cuadros de apatía y retraimiento en los pacientes ingresados en ellas. Mucho tiempo antes de la introduc-

ción de la medicación, la terapia ocupacional y la terapia laboral contribuyeron a una mejoría sostenible en los pacientes atendidos en instituciones para enfermos crónicos. Hoy en día, las terapias laboral y ocupacional ya no se llevan a cabo en los hospitales, pero representan el punto de partida para la aplicación de una amplia gama de técnicas de rehabilitación dirigidas hacia la enseñanza de habilidades laborales (5).

Los programas de rehabilitación laboral aplicados en el contexto comunitario ofrecen una serie de pasos graduales para la entrada o reentrada en el mundo laboral. En el caso de las personas con menor grado de discapacidad, se utilizan técnicas breves y centradas en objetivos concretos, para enseñarles a encontrar trabajo, elaborar solicitudes de empleo y asistir a entrevistas laborales (30). En cuanto a los empleos de transición, se intenta que estos contextos de trabajo temporal brinden la oportunidad de aprender habilidades laborales que permitan a la persona afectada avanzar hacia un empleo competitivo. Sin embargo, con demasiada frecuencia la brecha existente entre el empleo de transición y el empleo competitivo es tan amplia que las personas con discapacidad mental se mantienen en un entorno laboral de carácter temporal. Los talleres protegidos que ofrecen formación prelaboral constituyen, con mucha frecuencia, un callejón sin salida para las personas con discapacidad.

Una consecuencia de las dificultades que conlleva la integración de los individuos con discapacidad mental en el mercado laboral convencional ha sido el crecimiento constante del número de cooperativas que mantienen trabajando conjuntamente a personas discapacitadas y no discapacitadas, en términos de igualdad y de gestión compartida. Los profesionales de la salud mental desempeñan en estos casos un importante papel, suministrando apoyo y experiencia (2).

En la actualidad el modelo de rehabilitación laboral más prometedor es el del empleo protegido o subvencionado. El trabajo de Robert Drake y Deborah Becker ha influido decisivamente en la comprensión de este concepto. En su «modelo de colocación individual», las personas discapacitadas quedan colocadas lo antes posible en un puesto de trabajo competitivo adaptado a sus preferencias y reciben todo el apoyo necesario para mantenerlo (31, 32). El apoyo proporcionado se mantiene de manera indefinida. La participación en programas de empleo protegido ha dado lugar a un incremento de la capacidad para encontrar y mantener un empleo (33, 34). También se han observado vínculos entre el desempeño en un puesto de trabajo y la mejoría en parámetros aparentemente no relacionados con lo laboral, como la auto-

estima, la integración social, las relaciones interpersonales y el control del abuso de sustancias (32, 35, 36). Además, se ha demostrado que las personas que han encontrado un trabajo estable a través de un programa de estas características han mostrado un incremento de su capacidad cognitiva y de su calidad de vida, así como un mayor control de los síntomas (32, 36).

Aunque los resultados obtenidos con un programa de este tipo son prometedores, todavía quedan por resolver algunos aspectos importantes. Muchas personas bajo un programa de empleo protegido obtienen trabajos temporales no cualificados. Debido a que en la mayor parte de los estudios sólo se han llevado a cabo períodos de seguimiento cortos (12-18 meses), no ha sido posible determinar el impacto a largo plazo. Actualmente, no se sabe exactamente cuáles personas se pueden beneficiar de un modelo de estas características y cuáles no (37). Después de todo, es necesario reconocer que la integración en el mercado laboral no depende únicamente de la capacidad de las personas afectadas para desempeñar un rol laboral, ni de la provisión de una formación laboral sofisticada que aplique técnicas de apoyo, sino también de la voluntad de la sociedad para integrar a sus miembros más discapacitados.

Establecimiento de relaciones

Durante los últimos años, la formación en habilidades sociales en el contexto de la rehabilitación psiquiátrica ha adquirido una gran popularidad y se ha divulgado ampliamente. Uno de los más destacados partidarios de la formación en habilidades es Robert Liberman, que ha diseñado programas sistemáticos y estructurados de formación en habilidades desde mediados del decenio de 1970 (38). Liberman y cols. organizaron la formación en habilidades bajo la forma de módulos, con distintos temas. Los módulos se centran en el control de la medicación, el control de los síntomas, el control del abuso de sustancias, las habilidades básicas de conversación, los métodos de solución de problemas interpersonales, la amistad y las relaciones íntimas, el ocio y la diversión, los aspectos básicos relativos al puesto de trabajo, la inserción o reinserción en la comunidad y la implicación de la familia. Cada módulo está constituido por áreas de habilidades que se enseñan a través de ejercicios, vídeos de demostración, juegos de rol, ejercicios de solución de problemas y tareas para realizar en el hogar (39).

Los resultados obtenidos en varios estudios efectuados con control indican que las personas discapacitadas pueden aprender una amplia gama de habilidades socia-

les. Las actividades social y comunitaria mejoran cuando las habilidades aprendidas son pertinentes para la vida cotidiana del paciente y cuando el ambiente que rodea al paciente percibe y refuerza la modificación del comportamiento de éste. A diferencia de lo que ocurre con los efectos medicamentosos, los beneficios de la formación en habilidades aparecen lentamente. Además, para que se produzcan efectos positivos es necesaria la formación a largo plazo (31, 40-42). En conjunto, se ha demostrado que la formación en habilidades sociales es eficaz para la adquisición y el mantenimiento de estas habilidades, así como para su aplicación en la vida comunitaria (39, 43, 44).

Mantenimiento de las relaciones

A consecuencia de la desinstitutionalización, la carga asistencial se ha desplazado con una frecuencia e intensidad cada vez mayores hacia los familiares de los enfermos mentales. Los cuidados de carácter informal contribuyen significativamente a la mejora del estado de salud y a la rehabilitación (45). Entre el 50 y el 90 % de las personas discapacitadas vive con sus familias tras recibir tratamiento psiquiátrico en la fase aguda (46). Sin embargo, ésta es una tarea que muchas familias no llevan a cabo de manera voluntaria. El cuidado de las personas con discapacidad mental representa una carga significativa para las familias. Las personas que ofrecen cuidados de carácter informal se enfrentan a considerables efectos adversos sobre su propia salud, como un grado elevado de estrés y depresión, y disminución de bienestar subjetivo, salud física y autoeficacia (47). Además, no todas las familias tienen la misma capacidad para cuidar adecuadamente a los pacientes con discapacidad mental, ni poseen la voluntad necesaria para sustituir a los sistemas asistenciales insuficientes. Los cuidadores experimentan regularmente una carga considerable cuando sus recursos de superación son escasos y el apoyo social reducido (48). Sin embargo, las familias también son sistemas de apoyo, que constituyen el ámbito natural para el importante aprendizaje dependiente del contexto que permita la recuperación de la actividad de los pacientes (49). Así, desde el inicio de las reformas asistenciales ha habido un interés creciente por la ayuda a las familias afectadas (50).

Una de las áreas de interés está constituida por las expectativas de los familiares respecto a la provisión de la asistencia. Con mucha frecuencia, los familiares se sienten ignorados, despreciados e insuficientemente informados por parte de los profesionales asistenciales. También pueden sentir que su contribución a la asistencia no es apreciada

y que serán acusados de cualquier problema relacionado con el paciente. Teniendo en cuenta las cargas físicas, económicas y emocionales que soporta la familia, no es sorprendente que entre los familiares de las personas con discapacidad mental se observe un elevado grado de frustración y de resentimiento.

Los programas de intervención familiar han dado resultados prometedores. Las intervenciones familiares son eficaces para reducir el índice de recidiva y para mejorar los indicadores de evolución, por ejemplo, el funcionamiento psicosocial (51). Posiblemente, las intervenciones familiares pueden reducir la carga que soportan las familias. Además, los avances conseguidos con el tratamiento son bastante estables (52). Sin embargo, también hay que tener en cuenta que no se ha demostrado cuáles son los componentes eficaces de los distintos modelos (53). Además, las intervenciones familiares presentan diferencias en cuanto a la frecuencia y la duración del tratamiento, y no hay criterios para definir la intensidad mínima necesaria del tratamiento.

Finalmente, es necesario señalar que la mayor parte de las intervenciones familiares se ha desarrollado en el contexto de los países occidentales a través del proceso de desinstitucionalización. Los cuidados familiares podrían ser muy distintos en contextos culturales diferentes. Esta cuestión se refiere tanto a otras culturas en su conjunto como a los grupos culturales minoritarios que residen en los países occidentales (45, 48, 54).

Participación en la vida comunitaria con plenitud de derechos

Como profesionales de la salud, los psiquiatras se enfrentan a menudo a los efectos negativos del estigma y la discriminación en las vidas de las personas que sufren enfermedades mentales graves. Se han realizado numerosos estudios para evaluar las actitudes de estigmatización dirigidas hacia las personas con enfermedad mental (55-62). Durante los últimos años también se ha incrementado el interés científico por la perspectiva de los individuos que sufren estigmatización. Hay abundantes pruebas obtenidas empíricamente que demuestran las consecuencias negativas del estigma y de la estigmatización percibida. Entre ellas, la desmoralización, la disminución de la calidad de vida, la falta de trabajo y la reducción de las redes sociales (63-67). Una vez que se le aplica la etiqueta de «enfermo mental» y que toma conciencia de los estereotipos negativos relacionados con este rótulo, el individuo afectado espera ser rechazado, despreciado o discriminado. Este círculo vicioso disminuye las posibilidades

de recuperación y de mantenimiento de una vida normal.

Por otra parte, las personas que sufren una enfermedad mental y que están adecuadamente integradas muestran resultados mejores tanto en sus síntomas psicopatológicos como en su calidad de vida (68). La importancia de la integración social es incluso más evidente si consideramos la disponibilidad subjetiva de apoyo: el apoyo social percibido es un factor predictivo de la evolución en términos de recuperación de los episodios agudos de enfermedad mental (69), de integración en la comunidad (70) y de calidad de vida (35, 71, 72).

Para luchar contra el estigma y la discriminación que sufren las personas que padecen enfermedades mentales se han diseñado varias estrategias fundamentadas en la investigación exhaustiva que se ha llevado a cabo durante el último decenio en esta área (73). Los diferentes centros de investigación han desarrollado diversas formas de intervención dirigidas hacia grupos específicos, por ejemplo, estudiantes (74) o policías (75), con el objeto de conseguir la desestigmatización. Con mucha frecuencia, las personas que mantienen contacto con individuos mentalmente enfermos muestran una actitud más positiva. El contacto con las personas que sufren una enfermedad mental también reduce la distancia social (62), lo que representa un sólido argumento a favor de la Psiquiatría comunitaria. Otras iniciativas han abordado el estigma a través de programas más exhaustivos. La WPA inició en 1996 uno de los programas más conocidos internacionalmente (76). Todas estas iniciativas dejan claro que los esfuerzos para la reintegración en la vida comunitaria de las personas que sufren enfermedades mentales graves se deben acompañar de la aplicación de medidas en el ámbito social.

DESARROLLO DE RECURSOS AMBIENTALES

La rehabilitación psiquiátrica eficaz requiere un tratamiento individualizado y especializado, aplicado en el contexto de un sistema global y coordinado de servicios de rehabilitación. Sin embargo, incluso en las situaciones en las que se puede disponer de una cierta variedad de servicios, en muchos casos éstos están deficientemente relacionados entre sí, y se puede producir una duplicación de los costes.

Cuando empezaron a desarrollarse sistemas de apoyo comunitario se hizo evidente que era necesaria una coordinación e integración de los servicios ofrecidos, debido a que cada profesional implicado se concentraba en distintos aspectos del mismo paciente. Así, se propuso el concepto de ges-

ción de casos, como un mecanismo clave para la coordinación y la integración. La gestión de casos se centra en todos los aspectos del ambiente físico y social. Los elementos clave de este modelo son la valoración de las necesidades del paciente, el desarrollo de planes globales de servicio para los pacientes y la estructuración de la provisión de los servicios (77).

A lo largo de los dos últimos decenios se han desarrollado varios modelos distintos de gestión de casos, que van más allá de la idea original: vincular al paciente con los servicios necesarios, y coordinar dichos servicios. Hoy en día, los gestores de casos, con una orientación más clínica, proporcionan servicios directos en el ambiente natural del paciente, bajo un modelo que se ha denominado «gestión intensiva de casos»; sin embargo, es difícil diferenciar este modelo del «tratamiento asertivo comunitario» (*assertive community treatment*, ACT).

Stein y Test desarrollaron los componentes básicos del ACT en el decenio de 1970 (78). El programa original fue diseñado como una alternativa comunitaria al tratamiento hospitalario de personas con enfermedades mentales graves. Un equipo multidisciplinar ofrece una gama completa de servicios de tratamiento, rehabilitación y apoyo en el contexto comunitario. El ACT se caracteriza por un abordaje en el cual las intervenciones se aplican principalmente en el ambiente natural de los individuos discapacitados (79).

Las investigaciones sobre la gestión de casos y el ACT han dado lugar a resultados «mixtos» (80). Mientras que el abordaje tradicional de la gestión de casos, en el ámbito del consultorio profesional, tiene obviamente menos éxito, se ha observado que el modelo ACT es más útil que la asistencia convencional (81). El ACT puede reducir la duración de la hospitalización (37), aunque sus efectos sobre la mejora de los síntomas y del funcionamiento social son moderados o escasos (82). Las diferentes características de los servicios respectivos podrían explicar las variaciones observadas internacionalmente. Se han identificado seis características que aparecen de manera regular en los servicios que consiguen los mejores resultados: número pequeño de casos, visitas domiciliarias regulares, porcentaje elevado de contactos en el hogar, responsabilidad respecto a la asistencia sanitaria y social, participación de equipos multidisciplinarios e integración de un psiquiatra en estos equipos (83).

LA FUNCIÓN DEL PSIQUIATRA EN LA REHABILITACIÓN

El ingrediente final de un abordaje con buenos resultados bajo el modelo ACT (la integración de un psiquiatra en el equipo

comunitario) conduce de manera inevitable al planteamiento de la pregunta siguiente: ¿cuál debe ser la función del psiquiatra en la rehabilitación? Según Canro (84), «Un psiquiatra adecuadamente formado puede prescribir intervenciones psicosociales, como la formación en habilidades sociales, y también puede prescribir medicamentos. Esto no quiere decir que los psiquiatras individuales tengan que llevar a cabo todas las funciones, desde la formación en habilidades sociales hasta la rehabilitación laboral y la psicoeducación para el apoyo de las familias. Sin embargo, sí quiere decir que el psiquiatra debe conocer todas las necesidades y sus posibles soluciones, y que también debe ser capaz de desempeñar la función de dirección del equipo de profesionales que atiende a estos pacientes. Este enfoque no solamente actúa en el beneficio de los pacientes sino también en el de nuestra disciplina profesional».

Por su propia naturaleza, la rehabilitación psiquiátrica es multidisciplinar, dadas las numerosas y muy diferentes competencias profesionales requeridas (85). No es necesario insistir en el hecho de que el seguimiento del tratamiento farmacológico constituye una tarea clave del psiquiatra. Sin embargo, la farmacoterapia en la rehabilitación psiquiátrica necesita una cierta consideración especial. El control de los síntomas no tiene necesariamente la máxima prioridad, y algunos efectos adversos de los fármacos pueden debilitar la capacidad del paciente para desempeñar sus roles sociales o llevar a cabo su rehabilitación laboral. Por ello, no es sorprendente que la falta de cumplimiento del tratamiento medicamentoso prescrito constituya uno de los problemas más importantes a los que se enfrenta el tratamiento a largo plazo de las personas con enfermedades mentales graves (86). Muchos de los pacientes que viven en la comunidad desean asumir por sí mismos la responsabilidad de su medicación. La formación para el autocontrol de la medicación (87) subraya la autonomía del paciente e incrementa la aceptación del tratamiento y la responsabilidad de su cumplimiento. Esta perspectiva también incluye, dentro de ciertos límites, el cambio de medicación sin necesidad de consulta.

De hecho, la mayor parte de los psiquiatras no adquiere habilidades destacadas en rehabilitación psiquiátrica durante su periodo formativo, que tiene lugar fundamentalmente en el contexto hospitalario. Los psiquiatras jóvenes de hoy en día reciben, principalmente, formación respecto a los procedimientos diagnósticos y a la prescripción de medicamentos dirigidos casi exclusivamente al control de los síntomas, pero no reciben formación específica respecto a la integración de las intervenciones farmacológicas y psicosocia-

les (88). Otro efecto colateral del periodo formativo en el contexto hospitalario es que los psiquiatras jóvenes se enfrentan a las consecuencias negativas que conllevan las frecuentes rehospitalizaciones de los pacientes de tratamiento difícil. Posiblemente ésta sea una de las razones que explican el hecho de que los psiquiatras que actúan en los contextos institucionales no mantengan menos estereotipos, en comparación con las personas de la población general, acerca de los individuos que sufren enfermedades mentales, así como que no muestren un mayor grado de voluntad para presentar una interacción estrecha con los enfermos mentales (89). Por lo tanto, sería útil que la formación comunitaria de los psiquiatras jóvenes tuviera prioridad sobre su formación hospitalaria. La existencia de un número mayor de oportunidades formativas para actuar sobre los pacientes en el «mundo real» permitiría a los psiquiatras que trabajan en contextos institucionales desarrollar una perspectiva más positiva y con un conocimiento mayor de las personas que sufren enfermedades mentales graves y persistentes.

PERSPECTIVAS

Hasta el momento, la rehabilitación psiquiátrica ha dado lugar a avances importantes en el tratamiento y la asistencia psiquiátricos. Ésta es la parte más visible de la asistencia psiquiátrica y, como tal, representa el vínculo con la sociedad. La actitud de la sociedad hacia la Psiquiatría está influida en gran medida por los resultados de la rehabilitación. De hecho, la President's Freedom Commission on Mental Health (90) estadounidense ha declarado que el objetivo principal del sistema sanitario de salud mental es ayudar a las personas afectadas a conseguir su recuperación funcional.

El refinamiento de la rehabilitación psiquiátrica ha alcanzado un punto en el que tendría que ser fácil el acceso de cualquier persona discapacitada. Sin embargo, es necesario ser conscientes de que aún queda un largo trecho entre la investigación y la práctica asistencial. Por ejemplo, Lehman y Steinwachs (91) evaluaron los patrones asistenciales habituales en los pacientes esquizofrénicos y examinaron el índice de adecuación a las recomendaciones terapéuticas en función de la evidencia científica existente. La tasa de adecuación fue baja, generalmente del 50%. Parece evidente que los tratamientos y las prácticas de rehabilitación actuales deben ser mejorados de manera sustancial a la vista de los resultados obtenidos en los estudios de investigación sobre rehabilitación.

World Psychiatry 2006; 4:151-157

Bibliografía

1. Anthony W, Cohen M, Farkas M et al. *Psychiatric rehabilitation*, 2nd ed. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, 2002.
2. Grove B. Reform of mental health care in Europe. Progress and change in the last decade. *Br J Psychiatry* 1994;165:431-3.
3. World Health Organization. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneva: World Health Organization, 1980.
4. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: World Health Organization, 2001.
5. Royal College of Psychiatrists. *Psychiatric rehabilitation*. Revised. London: Gaskell, 1996.
6. Goldman HH, Gattozzi AA, Taube CA. Defining and counting the chronically mentally ill. *Hosp Commun Psychiatry* 1981;32:21-7.
7. Cuffel B. Comorbid substances use disorder: prevalence, patterns of use, and course. In: Drake R, Mueser K (eds). *Dual diagnosis of major mental illness and substance disorder: recent research and clinical implications*. San Francisco: Jossey-Bass, 1996: 93-105.
8. Schwartz S, Goldfinger S, Ratener M et al. The young adult patient and the care system: fragmentation prototypes. San Francisco: Jossey-Bass, 1983.
9. Bachrach LL. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia - what are the boundaries? *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(Suppl. 407):6-10.
10. Corrigan PW, McCracken SG, Holmes EP. Motivational interviews as goal assessment for persons with psychiatric disability. *Commun Ment Health J* 2001;37:113-22.
11. Rogers ES, Martin R, Anthony W et al. Assessing readiness for change among persons with severe mental illness. *Commun Ment Health J* 2001;37:97-112.
12. Liberman RP, Wallace CJ, Hassell J. Rehab rounds: predicting readiness and responsiveness to skills training: the Micro-Module Learning Test. *Psychiatr Serv* 2004;55: 764-6.
13. Lamb HR. *Treating the long-term mentally ill: beyond deinstitutionalization*. San Francisco: Jossey-Bass, 1982.
14. Farkas M, Gagne C, Anthony W et al. Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Commun Ment Health J* 2005; 41:141-58.
15. Priebe S, McCabe R, Bullenkamp J et al. The impact of routine outcome measurement on treatment processes in community mental health care: approach and methods of the MECCA study. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2002;11:198-205.
16. Tuttmann S. Protecting the therapeutic alliance in this time of changing health-care delivery systems. *Int J Group Psychother* 1997;47:3-16.
17. Barbato A, Monzani E, Schiavi T. Life satisfaction in a sample of outpatients with se-

- vere mental disorders: a survey in northern Italy. *Qual Life Res* 2004;13:969-73.
18. Rogers ES, Anthony W, Lyass A. The nature and dimensions of social support among individuals with severe mental illnesses. *Commun Ment Health J* 2004;40:437-50.
 19. Corrigan PW, Slopen N, Gracia G et al. Some recovery processes in mutual-help groups for persons with mental illness; II: qualitative analysis of participant interviews. *Commun Ment Health J* 2005;41:721-35.
 20. Cutler DL. Clinical care update. The chronically mentally ill. *Commun Ment Health J* 1985;21:3-13.
 21. Kopelowicz A, Liberman RP. Biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia. *Harv Rev Psychiatry* 1995;3:55-64.
 22. Bebbington PE. The content and context of compliance. *Int Clin Psychopharmacol* 1995;9(Suppl. 5):41-50.
 23. Onken SJ, Dumont JM, Ridgway P et al. Mental health recovery: what helps and what hinders? A national research project for the development of recovery facilitating system performance indicators. www.rfmh.org/csipmh/projects/rc10.shtm.
 24. Barbato A, D'Avanzo B, Rocca G et al. A study of long-stay patients resettled in the community after closure of a psychiatric hospital in Italy. *Psychiatr Serv* 2004;55:67-70.
 25. Ridgway P, Zippel AM. The paradigm shift in residential services: from linear continuum to supported housing approaches. *Psychosoc Rehabil J* 1990;13:11-32.
 26. Carling PJ. Housing, community support, and homelessness: emerging policy in mental health systems. *N Engl J Publ Policy* 1992;8:281-95.
 27. Rog DJ. The evidence on supported housing. *Psychiatr Rehabil J* 2004;27:334-44.
 28. Harding CM, Strauss JS, Hafez H et al. Work and mental illness. I. Toward an integration of the rehabilitation process. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:317-26.
 29. McElroy EM. Sources of distress among families of the hospitalized mentally ill. *New Dir Ment Health Serv* 1987;34:61-72.
 30. Jacobs H, Kardashian S, Kreinbring R et al. A skills-oriented model for facilitating employment in psychiatrically disabled persons. *Rehabil Counsel Bull* 1988;27:96-7.
 31. Wallace CJ. Social skills training in psychiatric rehabilitation: recent findings. *Int Rev Psychiatry* 1998;19:9-19.
 32. Bond GR. Supported employment: evidence for an evidence-based practice. *Psychiatr Rehabil J* 2004;27:345-59.
 33. Baronet AM, Gerber GJ. Psychiatric rehabilitation: efficacy of four models. *Clin Psychol Rev* 1998;18:189-228.
 34. Cook JA, Lehman AF, Drake R et al. Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment. *Am J Psychiatry* 2005;162:1948-56.
 35. Ruesch P, Graf J, Meyer PC et al. Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:686-94.
 36. Salyers MP, Becker DR, Drake RE et al. A ten-year follow-up of a supported employment program. *Psychiatr Serv* 2004;55:302-8.
 37. Mueser KT, Bond GR, Drake RE et al. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull* 1998;24:37-74.
 38. Liberman R. *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington: American Psychiatric Press, 1988.
 39. Liberman RP, Kopelowicz A. Teaching persons with severe mental disabilities to be their own case managers. *Psychiatr Serv* 2002;53:1377-9.
 40. Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996;153:607-17.
 41. Glynn SM, Marder SR, Liberman RP et al. Supplementing clinic-based skills training with manual-based community support sessions: effects on social adjustment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002;159:829-37.
 42. Bellack AS. Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatr Rehabil J* 2004;27:375-91.
 43. Roder V, Zorn P, Muller D et al. Improving recreational, residential, and vocational outcomes for patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2001;52:1439-41.
 44. Liberman RP, Glynn S, Blair KE et al. In vivo amplified skills training: promoting generalization of independent living skills for clients with schizophrenia. *Psychiatry* 2002;65:137-55.
 45. Schulze B, Rössler W. Caregiver burden in mental illness: review of measurement, findings and interventions in 2004-2005. *Curr Opin Psychiatry* 2005;18:684-91.
 46. Lauber C, Eichenberger A, Luginbuhl P et al. Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2003;18:285-9.
 47. Hirst M. Carer distress: a prospective, population-based study. *Soc Sci Med* 2005;61:697-708.
 48. Magliano L, Fadden G, Madianos M et al. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:405-12.
 49. Schooler NR. Integration of family and drug treatment strategies in the treatment of schizophrenia: a selective review. *Int Clin Psychopharmacol* 1995;10(Suppl. 3):73-80.
 50. Strachan AM. Family intervention for the rehabilitation of schizophrenia: toward protection and coping. *Schizophr Bull* 1986;12:678-98.
 51. Koukia E, Madianos MG. Is psychosocial rehabilitation preventing family burden? A comparative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005;12:415-22.
 52. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E et al. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 2002;32:763-82.
 53. Barbato A, D'Avanzo B. Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:81-97.
 54. Guarnaccia PJ. Multicultural experiences of family caregiving: a study of African American, European American, and Hispanic American families. *New Dir Ment Health Serv* 1998;77:45-61.
 55. Bhugra D. Attitudes towards mental illness. A review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 1989;80:1-12.
 56. Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry* 2000;177:396-401.
 57. Lauber C, Nordt C, Falcato L et al. Lay recommendations on how to treat mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:553-6.
 58. Stuart H, Arboleda-Florez J. Community attitudes toward people with schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2001;46:245-52.
 59. Gaebel W, Baumann A, Witte AM et al. Public attitudes towards people with mental illness in six German cities: results of a public survey under special consideration of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002;252:278-87.
 60. Lauber C, Nordt C, Falcato L et al. Public attitude to compulsory admission of mentally ill people. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:385-9.
 61. Angermeyer MC, Matschinger H. Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:526-34.
 62. Lauber C, Nordt C, Falcato L et al. Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Commun Ment Health J* 2004;40:265-74.
 63. Link BG, Struening EL, Rahav M et al. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav* 1997;38:177-90.
 64. Mechanic D, McAlpine D, Rosenfield S et al. Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. *Soc Sci Med* 1994;39:155-64.
 65. Rosenfield S. Labeling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *Am Soc Rev* 1997;62:660-72.
 66. Graf J, Lauber C, Nordt C et al. Perceived stigmatization of mentally ill people and its consequences for the quality of life in a Swiss population. *J Nerv Ment Dis* 2004;192:542-7.
 67. Mueller B, Nordt C, Lauber C et al. Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: a longitudinal approach. *Soc Sci Med* 2006;62:39-49.
 68. Becker T, Leese M, Clarkson P et al. Links between social network and quality of life: an epidemiologically representative study of psychotic patients in south London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:229-304.
 69. George LK, Blazer DG, Hughes DC et al. Social support and the outcome of major

- depression. *Br J Psychiatry* 1989;154:478-85.
70. Hall GB, Nelson G. Social networks, social support, personal empowerment, and the adaptation of psychiatric consumers/survivors: path analytic models. *Soc Sci Med* 1996;43:1743-54.
 71. Yanos PT, Rosenfield S, Horwitz AV. Negative and supportive social interactions and quality of life among persons diagnosed with severe mental illness. *Commun Ment Health J* 2001;37:405-19.
 72. Rössler W, Salize HJ, Cucchiari G et al. Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics? *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:142-8.
 73. Rusch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry* 2005;20:529-39.
 74. Meise U, Sulzenbacher H, Kemmler G et al. "Not dangerous, but nevertheless frightening". A program against stigmatization of schizophrenia in schools. *Psychiatr Prax* 2000;27:340-6.
 75. Pinfold V, Huxley P, Thornicroft G et al. Reducing psychiatric stigma and discrimination - evaluating an educational intervention with the police force in England. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:337-44.
 76. Stuart H, Arboleda-Florez J, Sartorius N (eds). *Stigma in mental disorders: international perspectives*. *World Psychiatry* 2005;4(Suppl. 1):1-62.
 77. Rössler W, Löffler W, Fatkenheuer B et al. Does case management reduce the rehospitalization rate? *Acta Psychiatr Scand* 1992;86:445-9.
 78. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:392-7.
 79. Scott JE, Dixon LB. Assertive community treatment and case management for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21:657-68.
 80. Burns T, Fioritti A, Holloway F et al. Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatr Serv* 2001;52:631-6.
 81. Marshall M. Case management: a dubious practice. *Br Med J* 1996;312:523-4.
 82. Killaspy H, Bebbington P, Blizard R et al. The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *Br Med J* 2006;332:815-20.
 83. Burns T, Catty J, Wright C. De-constructing home-based care for mental illness: can one identify the effective ingredients? *Acta Psychiatr Scand* 2006;113(Suppl. 429):33-5.
 84. Cancro R. The introduction of neuroleptics: a psychiatric revolution. *Psychiatr Serv* 2000;51:333-5.
 85. Liberman RP, Hilty DM, Drake RE et al. Requirements for multidisciplinary teamwork in psychiatric rehabilitation. *Psychiatr Serv* 2001;52:1331-42.
 86. Dencker SJ, Liberman RP. From compliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol* 1995;9(Suppl. 5):75-8.
 87. Eckman TA, Liberman RP, Phipps CC et al. Teaching medication management skills to schizophrenic patients. *J Clin Psychopharmacol* 1990;10:33-8.
 88. Liberman RP, Glick ID. Drug and psychosocial curricula for psychiatry residents for treatment of schizophrenia: part I. *Psychiatr Serv* 2004;55:1217-9.
 89. Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull* (in press).
 90. Health PsNFCoM. Achieving the promise: transforming mental health care in America. www.mentalhealthcommission.gov/reports/Finalreport/toc_exec.html.
 91. Lehman AF, Steinwachs DM. Patterns of usual care for schizophrenia: initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Client Survey. *Schizophr Bull* 1998;24:11-20.

Puntualizaciones respecto a la rehabilitación psiquiátrica

ROBERT P. LIBERMAN

Psychiatric Rehabilitation Program, Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior, UCLA School of Medicine, 760 Westwood Plaza, Los Angeles, CA 90095, USA

Tal como señala detalladamente Rössler en su magnífica revisión, la rehabilitación psiquiátrica ha alcanzado su mayoría de edad. No obstante, al igual que ocurre con cualquier otro abordaje terapéutico, las exposiciones amplias y de carácter genérico pueden dejar escapar las considerables variaciones individuales que existen en respuesta a la rehabilitación psiquiátrica. Rössler sugiere que los abordajes basados en la evidencia están indicados en todas las personas que necesitan rehabilitación psiquiátrica. Éste es un concepto erróneo, popularizado por la creencia general de que los resultados de las investigaciones cubren las necesidades de todos los pacientes, independientemente de sus características individuales. Sin embargo, por su propia definición, los abordajes basados en la evidencia son validados por estudios de gran envergadura en los que los valores medios, las desviaciones estándar y las pruebas estadísticas de diferencias medias entre distintos tratamientos oscurecen las diferencias existentes entre los individuos, lo cual trae aparejado profundas implicaciones en cuanto a la selección del tratamiento. Las decisiones relativas al tipo y la intensidad del tratamiento se deben tomar de manera individualizada, considerando las características específicas de cada individuo, sus respuestas a los tratamientos previos y la fase de la enfermedad en la que se encuentra. «No hay una talla universal». Los tratamientos basados en la evidencia deben ser cuidadosamente seleccionados y adaptados a cada individuo.

Por ejemplo, el tratamiento asertivo comunitario (uno de los abordajes terapéuticos basados en la evidencia que ha alcanzado una mayor popularidad) es útil para las personas que recurren con frecuencia a la asistencia hospitalaria y que son reacias a acudir voluntariamente a un centro o una consulta psiquiátricos. Sin embargo, para los miles de pacientes que han alcanzado con éxito una fase estable de su enfermedad, posiblemente el tratamiento asertivo comunitario puede ser contemplado como

innecesario, molesto e indeseable. Si se utilizan métodos de rehabilitación como la formación en habilidades sociales y la terapia familiar conductual, los pacientes muestran un mayor grado de autodirección y evolucionan muy bien con formas menos intensivas de tratamiento continuado.

Al contrario de la afirmación categórica de Rössler respecto a la rehabilitación, no es verdad que «todos los pacientes que sufren una enfermedad mental grave requieren rehabilitación». Nuevamente, es necesario evaluar a cada paciente de manera individualizada para determinar si la prescripción de rehabilitación es congruente con la historia de esta persona, con la gravedad de su enfermedad, con la fase de evolución de su enfermedad y con los puntos fuertes, deficiencias y aspiraciones de dicha persona. Algunos pacientes con una buena adaptación premórbida, sin cuadros concomitantes de abuso de sustancias, síntomas negativos intensos o alteraciones cognitivas, y que cuenten con habilidades sociales efectivas, se pueden recuperar de la esquizofrenia y de los trastornos bipolares sin necesidad de una *rehabilitación exhaustiva e intensiva*, una vez que se consigue la eliminación de sus síntomas más difíciles mediante la medicación apropiada (1).

En estos casos, el tratamiento se puede llevar a cabo mediante revisiones medicamentosas periódicas por parte de un psiquiatra y terapia complementaria para ayudar a los pacientes a alcanzar sus objetivos personales. Otros elementos básicos que se pueden aplicar fácilmente tras la estabilización farmacológica de los síntomas son los periodos educativos de 3-6 meses dirigidos hacia el paciente y su familia, analizando los siguientes aspectos: efectos beneficiosos y adversos de la medicación, manejo de la medicación por parte del paciente, negociación con el psiquiatra respecto a aspectos puntuales de la toma de medicación, reconocimiento de los signos de alarma de la recidiva y desarrollo de un plan de prevención de las recidivas y de actuación urgente frente a ellas. El conocimiento sobre la enfermedad y las habilidades necesarias para su manejo pueden ser aprendidos por el paciente y su familia en un período de 3-6 meses, con sesiones de recuerdo según las necesidades, mediante la aplicación de los módulos de control de la medicación y los síntomas (Medication and Symptom Management Modules) que forman parte del Program for Social and Independent Living Skills de la UCLA (2, 3). Brevemente, la individualización de la valoración diagnóstica y del tratamiento es esencial para determinar los objetivos personales de cada paciente y sus necesidades en cuanto a formación en habilidades, intervención familiar, rehabilitación laboral y reintegración comunitaria (4).

Esto nos conduce a la afirmación de Rössler de que «la planificación de la rehabilitación debe estar centrada en los puntos fuertes del paciente, con independencia de la gravedad de los síntomas». A la vista de la realidad clínica, la rehabilitación se debe iniciar al mismo tiempo que el tratamiento farmacológico, con objeto de eliminar los síntomas y los comportamientos anómalos que interfieren con el aprendizaje de las habilidades y con la vida en contextos comunitarios normales. No debería realizarse una distinción entre «tratamiento» y «rehabilitación». En varias encuestas se ha demostrado que los pacientes señalan la persistencia de los síntomas como su prioridad máxima en cuanto al tratamiento. La separación entre rehabilitación y tratamiento es inútil y peligrosa. Las intervenciones de rehabilitación, como la entrevista de motivación y la comunicación familiar, pueden ser útiles para conseguir que el paciente con síntomas psicóticos acepte la medicación (1, 2).

Otra intervención de rehabilitación que se puede aplicar en las fases agudas y de estabilización de las enfermedades mentales graves es el Community Re-Entry Module. Este programa educativo y de potenciación de habilidades es útil para establecer la continuidad asistencial desde la fase hospitalaria hasta la ambulatoria. En este programa se les enseña a los pacientes hospitalizados y atendidos en centros de día diversas habilidades relativas al tratamiento de la enfermedad y al retorno a la vida comunitaria, al control de los elementos estresantes vitales tras el alta y al mantenimiento del tratamiento crónico de manera ambulatoria (5). La farmacoterapia y la rehabilitación psicosocial son inseparables. Son las dos caras de la misma moneda (6).

Tal como señala Rössler, los programas de empleo protegido (como el Individual Support and Placement, ISP) constituyen el mejor servicio basado en la evidencia para la rehabilitación laboral de las personas con enfermedades mentales graves. No obstante, este abordaje tiene limitaciones manifiestas, que deben ser conocidas por los profesionales de la salud mental y por los pacientes para evitar la generación de expectativas irreales respecto a la obtención de un trabajo competitivo. El porcentaje de enfermos con problemas mentales graves que deciden participar en el ISP es inferior al 50 %. En congruencia con la individualización del tratamiento y la rehabilitación, se han propuesto otras opciones para los pacientes que no desean participar, incluyendo el empleo de transición (1, 2) y la rehabilitación psicosocial en el contexto de los centros terapéuticos de día (7).

A pesar de que, en conjunto, consigue empleo el 40-55 % de los enfermos mentales que participan en programas ISP y que

expresan un interés manifiesto por trabajar, más del 50 % de estos pacientes deja dicho empleo al cabo de 6 meses. De hecho, la investigación indica que sólo el 10-40 % de las personas que participan en los programas ISP sigue llevando a cabo trabajos de carácter competitivo al cabo de unos años desde el inicio del programa (8). Además, sólo sufre esquizofrenia aproximadamente el 25 % de los pacientes que han participado en estudios sobre empleo protegido; el resto presenta trastorno bipolar, trastornos depresivos o trastornos de la personalidad. Tras un periodo de más de 18 meses, los pacientes que han participado en programas de empleo protegido no han mostrado una mejora significativa de su autoestima, su estado de ánimo o su calidad de vida (9). Un nuevo programa de formación en habilidades, el Workplace Fundamentals Module, ha dado lugar –en combinación con el ISP– a un mantenimiento más prolongado por parte de los pacientes del puesto de trabajo en contextos competitivos (10).

La revisión que realiza Rössler del estado actual de la rehabilitación psiquiátrica es exhaustiva y está redactada de manera clara y convincente. Se debería difundir ampliamente a los profesionales de la salud mental, debido a que una elevada proporción de éstos posee un conocimiento escaso o nulo de la rehabilitación psiquiátrica. No obstante, se debería añadir un apartado relativo al control o la gestión de la enfermedad (11), actualmente considerada como una práctica de rehabilitación basada en la evidencia. Los psiquiatras deben aceptar el hecho de que desempeñen una función importante en la rehabilitación. La medicación nunca puede enseñar nada al paciente, ni siquiera las razones por las que la debe tomarla ni la forma de hacerlo. Sin los efectos beneficiosos del abordaje basado en la motivación, la educación y el aprendizaje de habilidades, junto con la relación terapéutica con orientación familiar, los psiquiatras seguirán prescribiendo tratamientos farmacológicos cuyos elevados índices de abandono e incumplimiento constituyen la norma, más que la excepción (12).

Bibliografía

1. Liberman RP. From disability to recovery: manual of psychiatric rehabilitation. Washington: American Psychiatric Publishing (in press).
2. Liberman RP, Kopelowicz A, Silverstein S. Psychiatric rehabilitation. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). Comprehensive textbook of psychiatry, 8th ed. Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins, 2004:3884-930.
3. Liberman RP, Wallace CJ. UCLA Social and Independent Living Skills Program. Camarillo: Psychiatric Rehabilitation Con-

sultants, 2005 (available from www.psychrehab.com).

4. Wallace CJ, Liberman RP. Psychiatric rehabilitation. In: Gabbard GO (ed). Treatments of psychiatric disorders, 2nd ed. Washington: American Psychiatric Publishing, 1996:1019-38.
5. Kopelowicz A, Wallace CJ, Zarate R. Teaching psychiatric inpatients to re-enter the community: a brief method of improving continuity of care. Psychiatr Serv 1998;49:1313-6.
6. Kopelowicz A, Liberman RP. Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental disorders. Psychiatr Serv 2003;54:1491-8.
7. Reger F, Wong-McDonald A, Liberman RP. Psychiatric rehabilitation in a community mental health center. Psychiatr Serv 2003;54:1457-9.

8. Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB et al. Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. Arch Gen Psychiatry 2002;59:165-72.
9. Torrey WC, Mueser KT, McHugo GH et al. Self-esteem as an outcome measure in studies of vocational rehabilitation for adults with severe mental illness. Psychiatr Serv 2000;51:229-33.
10. Wallace CJ, Liberman RP. Supplementing supported employment with the Workplace Fundamentals Module. Psychiatr Serv 2004;55:513-5.
11. Mueser KT, Corrigan P, Hilton D et al. Illness management and recovery: a review of the research. Psychiatr Serv 2002;53:1272-84.
12. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. N Eng J Med 2005;353:1209-23.

Infrautilización de la rehabilitación psiquiátrica

ROBERT CANCRO

Department of Psychiatry, New York University Medical Center, 530 First Avenue, New York, NY 10016, USA

El artículo de Rössler es un resumen excelente de lo que ha sido hasta ahora el concepto tradicional del término «rehabilitación psiquiátrica». El centro del artículo es la consideración de los pacientes que sufren enfermedades mentales graves y crónicas. Tal como señala Rössler, en la mayoría de estos casos existe el diagnóstico de esquizofrenia, aunque también se han incluido otras categorías de enfermedad psiquiátrica. Rössler considera que el objetivo de la rehabilitación psiquiátrica es ayudar a estos individuos discapacitados para que desarrollen habilidades emocionales, sociales e intelectuales que les permitan actuar en el mundo real. La tarea que se debe realizar implica optimizar el funcionamiento de estas personas, minimizando al mismo tiempo su dependencia de los contextos institucionales y de otro tipo de organizaciones. Los conceptos de vivienda protegida y de empleo protegido aparecen por todo el artículo, debido a que éstos han sido los objetivos tradicionales en los pacientes atendidos mediante rehabilitación psiquiátrica. Es como si la población de pacientes psiquiátricos se dividiera en dos categorías: los que sufren enfermedades graves y persistentes, y los que sufren enfermedades en las que se puede conseguir una recupera-

ción completa. Sin embargo, la experiencia clínica sugiere otra cosa.

Muchos pacientes que no deberían ser considerados enfermos crónicos muestran, no obstante, alteraciones funcionales residuales. Por ejemplo, pueden mostrar, en determinadas situaciones, un monto de ansiedad y fobia en situaciones determinadas, cuya intensidad no es suficiente para ser considerados discapacitados, pero sí para sentir malestar. Estos pacientes deben aplicar estrategias de evitación o de otro tipo para minimizar sus molestias. En otras palabras, hay cuadros con una cierta alteración residual del funcionamiento que pueden no constituir una enfermedad mental grave y persistente pero que, a pesar de ello, impiden la recuperación plena del paciente. Aunque la experiencia clínica varía según los distintos psiquiatras y los diferentes contextos clínicos, hay que reconocer que muchos pacientes no alcanzan una resolución completa de sus síntomas. Estos pacientes pueden estar recuperados, entendiéndose por ello el hecho de que no sean diferentes de como eran en la fase premórbida, aunque en esta fase podrían haber presentado síntomas que, sin ser incapacitantes, originaran real malestar.

Los abordajes terapéuticos básicos centrados en el paciente y centrados en el ambiente son igualmente válidos para este gran grupo de beneficiarios potenciales. En muchos contextos, este grupo de pacientes recibe tratamiento farmacológico y una intervención psicosocial muy escasa. El péndulo se ha desplazado demasiado. Los pa-

cientes con depresión que responden a un agente farmacológico, pero que siguen viviendo su vida de la misma manera, siguen presentando riesgo de recidiva. La evaluación del estilo de vida del paciente y la presencia o ausencia relativas de apoyo psicosocial son elementos clave para el bienestar futuro de los pacientes. La evaluación cuidadosa de la manera en la que vive el paciente y de las modificaciones que debería efectuar en su vida para mejorar el pronóstico no son posibles mediante la prescripción de un fármaco. La evaluación crítica del ambiente del paciente y la orientación a dicho paciente para que realice modificaciones en su ambiente son medidas esenciales. También es esencial que el paciente modifique su autoimagen. Si no se contempla a sí mismo como merecedor de cariño y respeto, mucho menos será capaz de exigirlos. Si el paciente considera que sólo es útil para los demás, pero no me-

recedor de respeto, esta imagen también ensombrecerá el pronóstico. En el caso de los pacientes que presentan enfermedades mentales no consideradas crónicas ni –mucho menos– graves o persistentes, actualmente se ve con claridad la necesidad de abordajes terapéuticos centrados en el paciente y que tengan en cuenta los factores ambientales.

Cualquier trastorno mental influye en la calidad de vida del paciente. Todas las enfermedades mentales afectan en cierta medida al razonamiento y a los sentimientos. En las situaciones en las que estas funciones mentales superiores están afectadas, se observa una amplia gama de consecuencias negativas en el funcionamiento. Muchas de las características negativas de funcionamiento ya existían en la vida del paciente tiempo antes de que se iniciara una enfermedad susceptible de diagnóstico. Por todo ello, dejar sin tratamiento es-

tos componentes del síndrome clínico es un error terapéutico.

La preferencia por el uso de algún otro término distinto del de «rehabilitación» es más una cuestión semántica que de significación real. El objetivo último del clínico es mejorar la calidad de vida del paciente con cualquier medio que pueda utilizar para ello. Las intervenciones del clínico no se deben limitar a las manifestaciones más graves del trastorno, sino que tienen que actuar sobre cualquier otra característica definida como predisponente o accesorio. La función del psiquiatra es conseguir una curación fisiológica y psicológica. El psiquiatra es el único profesional que ha sido formado en ambas áreas y que posee competencia en ellas, de manera que sólo él puede ofrecer la combinación necesaria de abordajes terapéuticos para conseguir el efecto beneficioso máximo en el paciente.

Difusión de dos modelos eficaces de rehabilitación

RICHARD WARNER

Department of Psychiatry, University of Colorado, Denver, Colorado, USA

El artículo de Rössler esboza las líneas futuras de la Psiquiatría de rehabilitación. Personalmente, me gustaría añadir algunos comentarios acerca de dos modelos de rehabilitación, uno de ellos norteamericano y otro europeo, que han demostrado ser eficaces y que se están difundiendo ampliamente en diferentes partes del mundo: el modelo de la sede psicosocial (*psychosocial clubhouse*) y el modelo de la empresa psicosocial (*psychosocial firm*). A pesar de que no se exponen en el artículo de Rössler, posiblemente ambos modelos desempeñen un papel cada vez más importante en la Psiquiatría de rehabilitación.

Las *sedes psicosociales*, tales como Fountain House en Nueva York y Thresholds en Chicago, han adquirido una gran importancia a través del establecimiento de un modelo en el que las personas que sufren enfermedades mentales son implicadas en el desarrollo de un programa que soluciona muchas de sus necesidades sociales, laborales y de ocio. En el contexto de la sede psicosocial, los pacientes se denominan «miembros» y trabajan con los profesionales asistenciales en el desarrollo de las distintas actividades, por ejemplo, la

preparación del correo de la sede, la preparación y el servicio de las comidas, y la realización de las tareas de recepción. La sede está abierta diariamente durante la tarde, los fines de semana y las vacaciones, constituyendo un refugio para las personas que quizá vivan en hogares hacinados y tristes. Las sedes están situadas en locales distintos de los de los centros de salud mental, y el tratamiento psiquiátrico no forma parte del programa. El objetivo es el desarrollo de habilidades laborales y de oportunidades de trabajo para los miembros.

Fountain House fue fundada en 1947 por antiguos pacientes del Rockland State Hospital y durante 30 años ha sido única en su especie, disfrutando de una reputación internacional y recibiendo anualmente cientos de visitantes. En 1966, Fountain House inició un programa de formación nacional y en 1988 puso en marcha una iniciativa de expansión nacional. El International Center for Clubhouse Development se creó en 1994 (1). Hacia 2003 había 300 sedes certificadas en todo el mundo: 191 en Estados Unidos, 29 en Escandinavia, 23 en Canadá, 22 en las Islas Británicas y otras en Oceanía, Japón, Corea, Alemania y Rusia (2). Uno de los componentes básicos del modelo de las sedes psicosociales es el denominado «horario diario de trabajo», que representa un día estructurado de 8 horas en el que los miem-

bro y los profesionales asistenciales trabajan codo con codo en las distintas unidades de trabajo de la sede. Los nuevos miembros no tienen que participar voluntariamente en el trabajo hasta sentirse preparados para ello pero, una vez que son asignados a un grupo de trabajo, reciben en todo momento una suave presión para llevarlo a cabo. Otro elemento clave del modelo es el proceso democrático de toma de decisiones. Los miembros y los profesionales asistenciales se reúnen en sesión abierta para comentar aspectos de normativa y de planificación; no se permiten las reuniones con participación única de profesionales asistenciales o de miembros de la sede. Los lectores que estén familiarizados con el modelo de «comunidad terapéutica» desarrollado en los decenios de 1960 y 1970 reconocerán el potencial de rehabilitación que implica la transferencia de la autoridad desde los profesionales que aplican el tratamiento hasta las personas que sufren enfermedades mentales. Otros componentes son los programas de tipo laboral, como los empleos de transición o protegidos, así como el apoyo comunitario hacia los miembros (1, 2).

Entre los elementos atractivos que ofrece este modelo para las personas que sufren enfermedades mentales, la mayoría de las cuales no tiene un nivel económico alto, pueden señalarse: la buena alimentación; el ambiente social cómodo; un sentimiento comunitario y de apoyo mutuo; el fortalecimiento, que fluye a partir de la filosofía democrática, y el acceso a un puesto de trabajo. Sin embargo, los observadores han señalado algunos puntos débiles. El

movimiento de las sedes psicosociales casi no ha realizado ningún ensayo clínico con asignación aleatoria y control, por lo que la base de evidencia con respecto a la eficacia de este modelo es débil. Además, en el movimiento de las sedes psicosociales hay un cierto matiz «de secta», que para algunos de los organizadores de servicios constituye un obstáculo a la hora de adoptar el modelo.

Las *empresas sociales* son negocios creados con un objetivo doble: emplear a personas que sufren discapacidades y ofrecer un producto o servicio demandado por la sociedad. Este modelo fue desarrollado en Italia durante el decenio de 1970 para su aplicación en personas con enfermedad mental y posteriormente ha sido difundido al resto de Europa. En Trieste, Italia, origen de la primera de las empresas sociales, los ingresos anuales de las cooperativas de servicios sanitarios alcanzaron en 2004 la cifra de 14 millones de dólares, y hay varios organismos no gubernamentales que han establecido empresas sociales adicionales. El Hotel Tritone, una de las empresas originales, ha demostrado ser especialmente eficaz, y en este momento se está planificando la creación de una franquicia. Todos los contratos de limpieza de la vía pública y los locales de la municipalidad de Trieste se conceden en la actualidad a empresas sociales. En las cooperativas de Trieste están empleadas más de 300 personas que sufren enfermedades mentales, tanto con salario completo como con contratos de formación.

La primera empresa social alemana fue fundada en 1978; en 2005 había 500 de estas empresas en Alemania con una población activa conjunta de 16.500 personas, el 50 % de las cuales sufría discapacidad. Estas empresas sin ánimo de lucro producen generalmente alimentos, manufacturas técnicas o servicios como mudanzas o pintura de las casas (3). Antes de 1997 sólo había seis de estas empresas sociales en Gran Bretaña. Desde entonces, su número ha crecido hasta incluir 49 negocios económicamente independientes, más 70 empresas sociales «emergentes» que todavía necesitan alguna forma de subvención. En 2005, las empresas sociales británicas empleaban a más de 1.500 personas, las dos terceras partes de las cuales sufrían discapacidad (fundamentalmente, discapacidad mental). Las empresas de servicios de comidas y de horticultura constituyen los sectores de negocio más lucrativos (4). Este crecimiento ha estado potenciado por la ayuda técnica proporcionada por organizaciones de apoyo italianas y alemanas a Social Firms UK, otra entidad de apoyo (3). Con independencia del movimiento europeo, también se han creado empresas sociales en Canadá y en Estados Unidos. Prácticamente todos los servicios de rehabilitación psi-

quiátrica de Toronto, Ontario, se ofrecen a través de empresas sociales, y en la mayor parte de éstas sólo trabajan personas que sufren enfermedades mentales. Las empresas sociales también se han desarrollado en Japón y Corea, independientemente de la influencia europea.

El éxito de las empresas sociales individuales está potenciado por la identificación del nicho de mercado correcto, la selección de productos que requieren una considerable manipulación, la orientación pública del negocio y los vínculos con los servicios de tratamiento. El crecimiento del movimiento de las empresas sociales también ha estado potenciado por un marco legal favorable, por normativas políticas que favorecen la actividad laboral de los discapacitados y por entidades de apoyo que facilitan la transferencia de tecnología. El modelo de empresas sociales produce los siguientes beneficios: oportunidades de fortalecimiento y capacitación de los pacientes, desarrollo de un sentido de comunidad en el lugar de trabajo y compromiso

de los trabajadores con la misión social de la organización.

El tiempo dirá si estos modelos de rehabilitación seguirán difundiéndose a la misma velocidad a la que lo han hecho últimamente. Si así fuera, se convertirían en elementos esenciales de la Psiquiatría de rehabilitación futura.

Bibliografía

1. Macias C, Barriera P, Alden M et al. The ICCD benchmarks for clubhouses: a practical approach to quality improvement in psychiatric rehabilitation. *Psychiatr Serv* 2001;52:207-13.
2. International Center for Clubhouse Development. *International clubhouse directory 2003*. New York: International Center for Clubhouse Development, 2004.
3. Peer Review in the Field of Social Inclusion Policies. *Pathways to social integration for people with mental health problems: the establishment of social co-operatives*. www.peer-review-social-inclusion.net, 2005.
4. Grove B. Personal communication, 2005.

Definición de las intervenciones de rehabilitación psiquiátrica: una práctica basada en la evidencia y en valores

MARIANNE FARKAS

Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Rehabilitation Sciences, Boston University, 940 Commonwealth Ave. West, Boston, MA 02214, USA

La rehabilitación psiquiátrica es un campo que tiene más de 30 años de desarrollo y que está enraizado en los fundamentos de la rehabilitación física, con su base de conocimientos, filosofía y formas de intervención propias (1-3). El artículo de Rössler revisa de manera excelente los conceptos básicos y las características de la rehabilitación psiquiátrica, así como algunas de las intervenciones o modelos programáticos basados en la evidencia que se han asociado correcta o incorrectamente a dicha rehabilitación.

La medicina basada en valores ha crecido como un concepto paralelo al de medicina basada en la evidencia y reconoce la importancia que tiene la percepción del paciente sobre los beneficios de una forma de intervención (4). La práctica asistencial basada en valores aplicada a individuos con

enfermedades mentales graves se inicia con el concepto de que la recuperación clínica, o la recuperación de una vida *significativa* (1, 5), no sólo se ha convertido en un objetivo científicamente posible (6) sino que también es considerada *la* misión principal de la rehabilitación (6-8). En comparación con otros tipos de servicio, el objetivo global de un servicio de rehabilitación psiquiátrica es la persecución de este resultado a través de la optimización del funcionamiento de los pacientes en roles que son valorados por la sociedad y seleccionados por el propio individuo (1). Los valores fundamentales de la rehabilitación psiquiátrica, que constituyen un elemento tan integral del campo de la rehabilitación como lo es su base de evidencia, son: el fortalecimiento y la capacidad de selección, la relación social, la esperanza, la consideración prioritaria de los puntos fuertes e intereses del individuo, y una orientación hacia la obtención de resultados concretos, entre otros (3, 9).

Por lo tanto, el hecho de que una intervención determinada sea considerada o no una intervención de rehabilitación no de-

pende sólo de que esté centrada en las habilidades de las personas que padecen enfermedades mentales graves o en el apoyo brindado a esas personas. Más que ello, se define por su contribución al objetivo prioritario de mejorar el funcionamiento o desempeño en un rol valorado y por la congruencia de la base de valores de la intervención en sí misma. ¿La intervención ofrecida ha permitido que el paciente tenga una capacidad mayor y sienta una satisfacción también mayor en sus roles de padre, arrendatario, arrendador, abogado, conserje o estudiante? ¿O la intervención sólo es eficaz para mejorar las habilidades del paciente para cuidar de sí mismo? ¿Es la capacidad para cuidar de sí mismo la habilidad clave que le permite al paciente desempeñar, por ejemplo, el rol de estudiante? ¿Se utiliza la adquisición de habilidades para controlar los síntomas? Se sabe desde hace tiempo que entre los síntomas y el desempeño de rol existe únicamente una correlación débil (1, 10, 11): a pesar de que la mejora del tratamiento de los síntomas tiene una importancia clave en los resultados del tratamiento, no es por sí misma una intervención de rehabilitación. Las intervenciones de gestión de casos que son eficaces para la prevención de la rehospitalización y para el mantenimiento de la estabilidad, pero no para el desempeño de un rol valorado, tampoco son intervenciones de rehabilitación.

Asimismo, las prácticas que incluyen intervenciones eficaces que no son congruentes con la base de valores de la rehabilitación no constituyen en sentido estricto intervenciones de rehabilitación psiquiátrica. Tal como señala Rössler, las intervenciones que se imponen a los individuos no son congruentes con el concepto de rehabilitación. Los individuos no pueden ser coaccionados subrepticamente para participar en la rehabilitación. El compromiso de los individuos depende de su disposición para comenzar a pensar en un rol valorado (9). Se puede desarrollar la predisposición si el individuo está interesado, aunque todavía no se sienta preparado (6, 7). Las intervenciones que no están centradas en la elección de un rol por parte del individuo no son congruentes con el concepto de rehabilitación. Las intervenciones que no están dirigidas en función de los puntos fuertes y los intereses de la persona tampoco son congruentes con la rehabilitación. La capacidad de selección y de asociación, y también el sentimiento de esperanza, se pueden facilitar a través de procesos como la clarificación de los valores, los procesos de solución de problemas y una gran cantidad de otros métodos diseñados para ayudar al individuo a aprovechar sus puntos fuertes e intereses, con objeto de tomar decisiones adecuadas que le permitan alcanzar y mantener un rol valorado.

Este proceso se puede aplicar en cualquier modelo de programa efectivo (p. ej., el empleo protegido) (13), y se ha demostrado que es útil incluso en las personas con gran discapacidad (1, 14, 15).

Con objeto de maximizar el proceso multidimensional de recuperación, se recomienda el acceso a una amplia gama de servicios en los casos en los que se considere realmente adecuada su utilización (8, 16). Para ello es necesario que los psiquiatras conozcan las contribuciones y los resultados esperados de cada uno de los servicios, a fin de evitar la confusión y el planteamiento de expectativas irreales. Los servicios de rehabilitación psiquiátrica deben ser eficaces para facilitar el éxito y la satisfacción en el desempeño de roles valorados, a través de un proceso claramente congruente con valores de rehabilitación aceptados.

Bibliografía

1. Anthony WA, Cohen MR, Farkas M et al. Psychiatric rehabilitation, 2nd ed. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, 2002.
2. Anthony WA, Cohen MR, Farkas M. Psychiatric rehabilitation. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, 1990.
3. Farkas M, Anthony WA. Psychiatric rehabilitation: putting theory into practice. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1989.
4. Brown M, Brown G, Sharma S. Evidence based to value based medicine. Chicago: American Medical Association Press, 2005.
5. Deegan P. Recovery: the lived experience. Psychiatr Rehab J 1988;11:11-9.
6. Harding CM, Zahniser JH. Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment.

Acta Psychiatr Scand 1994;90(Suppl. 384): 140-6.

7. Anthony WA, Rogers ER, Farkas M. Research on evidence based practices: future directions in an era of recovery. Commun Ment Health J 2003;39:101-14.
8. The President's New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America, final report. www.mentalhealthcommission.gov/reports/FinalReport/toc.
9. Farkas M, Sullivan Soydan A, Gagne C. Introduction to rehabilitation readiness. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, 2000.
10. Strauss JS, Carpenter W. The prediction of outcome in schizophrenia: II. Relationships between predictor and outcome variables. Arch Gen Psychiatry 1974;31:37-42.
11. Drake R, McHugo G, Bebout R et al. A randomized clinical trial of supported employment for inner city patients with severe mental disorders. Arch Gen Psychiatry 1999;56:627-33.
12. Cohen M, Forbess R, Farkas M. Psychiatric rehabilitation training technology: developing readiness for rehabilitation. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, 2000.
13. Drake RE, McHugo GJ, Becker DR et al. The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. J Consult Clin Psychol 1996;64: 391-9.
14. Farkas M. Readaptation psychiatrique: une approche et un processus. Sante Mentale 2006;106:51-8.
15. Shern DL, Tsembaris S, Anthony WA et al. Serving street dwelling individuals with psychiatric disabilities: outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. Am J Publ Health 2000;90:1873-8.
16. Farkas M, Gagne C, Anthony WA et al. Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. Commun Ment Health J 2005; 41:141-58.

Rehabilitación psicosocial y trastornos mentales graves: el abordaje de la salud pública

ANGELO BARBATO

World Association for Psychosocial Rehabilitation; Epidemiology and Social Psychiatry Unit, Mario Negri Institute, Via Eritrea 62, 20157 Milan, Italy

Tal como señala detalladamente Wulf Rössler en su revisión, la declaración de consenso de la Organización Mundial de la Salud (OMS) respecto a la rehabilitación psicosocial (se destaca el uso del término

psicosocial más que el de *psiquiátrica*) implicó hace 10 años un cambio desde el modelo centrado en la enfermedad hacia el modelo centrado en el funcionamiento social (1). Esta premisa define dos áreas genéricas de intervención: la primera se dirige hacia la mejora de las competencias de los individuos, y la segunda se orienta hacia la introducción de modificaciones ambientales que mejoran la calidad de vida de las personas. Sin embargo, durante los

años siguientes se ha insistido mucho más sobre el desarrollo de los abordajes basados en el individuo, lo que ha dado lugar a un refinamiento del concepto de rehabilitación psicosocial, el que se ha convertido en un conjunto de métodos o técnicas mejor o peor definidos que se aplican sobre personas que sufren enfermedades mentales crónicas y que llevan implícita una preocupación humanitaria genérica por el destino de estas personas.

Aunque el desarrollo y el refinamiento de los modelos de intervención eficaces para la generación de habilidades son bienvenidos, es necesario encontrar el equilibrio entre la concepción de la rehabilitación psicosocial como una estrategia de salud pública y el análisis de sus implicaciones en términos de práctica asistencial, investigación y política.

A este respecto, se pueden esbozar sucintamente los siguientes aspectos clave:

- La rehabilitación psicosocial no es una *técnica*. Es una *estrategia* que actúa en la interfaz entre el individuo, su red interpersonal y el contexto social más amplio.
- El punto de vista de la rehabilitación psicosocial debe ser *humanista*, no *humanitario*. El abordaje humanista aúna las posiciones ética y científica.
- El blanco de la rehabilitación psicosocial es la *discapacidad funcional*, no la *cronicidad*. Hay pruebas de que los problemas del funcionamiento social pueden aparecer desde el mismo comienzo de muchas enfermedades mentales, lo que plantea la necesidad de abordajes de rehabilitación tempranos. La función que desempeña la rehabilitación debe ser reconocida incluso en cuadros agudos, como el trastorno por estrés postraumático que aparece tras los desastres.
- La rehabilitación psicosocial también debe considerar los *factores de riesgo psicosociales* que dan lugar al desarrollo y al mantenimiento de cuadros de discapacidad social relacionados con los trastornos mentales. En un número cada vez mayor de estudios de investigación metodológicamente sólidos se demuestra la función significativa que desempeñan en los trastornos mentales mayores los factores de riesgo socioambientales, como la migración (2), la residencia en áreas urbanas (3), la discriminación racial (4) y el traumatismo infantil (5).
- El objetivo último de la rehabilitación psicosocial puede resumirse en el concepto de *inclusión social*. Por lo tanto, es necesario prestar atención a los indicadores sociales e interpersonales de evolución, muy distintos de los correspondientes a la evolución clínica (6).

Bajo este marco de referencia, es necesaria la participación de pacientes, clínicos, investigadores y políticos. Las contri-

buciones de los psiquiatras dependerán de su capacidad para el desarrollo y refuerzo de las habilidades señaladas recientemente por Rosen en su descripción de la «Psiquiatría comunitaria del futuro» (7). Mi esperanza personal es que seamos capaces de abordar este desafío.

Bibliografía

1. World Health Organization. Psychosocial rehabilitation: a consensus statement. Geneva: World Health Organization, 1996.
2. Cantor Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry* 2005;162:12-24.
3. van Os J, Hansen M, Bijl R et al. Prevalence

of psychotic disorders and community level of psychotic symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:663-8.

4. Karlsen N, Nazroo J. Relation between racial discrimination, social class and health among ethnic minority groups. *Am J Publ Health* 2002;92:624-31.
5. Read J, van Os J, Morrison AP et al. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112:330-50.
6. Tulloch AD, Fearon P, David AS. Social outcomes in schizophrenia: from description to action. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19:140-4.
7. Rosen A. The community psychiatrist of the future. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19: 380-8.

Rehabilitación psiquiátrica en la época de la globalización

MICHAEL G. MADIANOS

Department of Mental Health and Behavioral Sciences, University of Athens, Greece

El artículo de Rössler aborda, en primer lugar, las intervenciones centradas en los individuos discapacitados, con el objetivo de potenciar o desarrollar sus habilidades emocionales y sociales, y, en segundo lugar, las estrategias de tipo social y ecológico que apoyan el proceso de rehabilitación. Hace 10 años, la declaración de consenso elaborada de manera conjunta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la World Association for Psychosocial Rehabilitation también definía la rehabilitación psicosocial como una estrategia que ofrece a los individuos con cuadros de discapacidad a consecuencia de un trastorno mental la posibilidad de alcanzar un grado óptimo de funcionamiento en la comunidad, a través de la mejora de sus competencias y de la introducción de cambios ambientales (1). El proceso de rehabilitación psiquiátrica se centra principalmente en las capacidades que posee el paciente y que forman parte de los «aspectos sanos del yo», pero el restablecimiento de estas habilidades no es mecánico y lineal. Los derechos civiles y las aspiraciones de los pacientes siempre se tienen en cuenta, pero sus necesidades de educación, trabajo, vivienda y aceptación comunitaria se enfrentan a menudo a limitaciones legales, socioculturales y económicas. Las intervenciones y técnicas de rehabilitación psi-

quiátricas, como la gestión de casos, la formación en habilidades sociales, el tratamiento asertivo comunitario, etc., han demostrado ser eficaces, pero sus puntos fuertes quedan debilitados o incluso neutralizados en los casos en los que el ambiente sociocultural y económico es negativo o incluso hostil para los receptores de los programas de rehabilitación psiquiátrica (2, 3).

El desarrollo laboral constituye un objetivo de rehabilitación básico, y la obtención de un empleo (a tiempo completo o parcial) siempre es una ambición conveniente. El problema que se plantea es cómo conseguir un empleo cuando los índices de desempleo son elevados. En la mayoría de los países occidentales la recesión económica es un fenómeno crónico. Esta situación podría dar lugar a dificultades incluso para la aplicación de programas de empleo protegido. Además, la recesión económica siempre está vinculada a recortes en los presupuestos de los programas psicosociales.

La globalización de la economía ha introducido cambios económicos importantes (economía de mercado): incremento de los índices de desempleo (la inversión se desplaza a los países con mano de obra más barata), privatización de las instituciones sociales, movilidad social elevada, transformaciones en la estructura de la familia y marginalización de los grupos socialmente perjudicados (p. ej., los trabajadores no especializados, los grupos minoritarios y las personas discapacitadas).

La inseguridad económica creciente presenta una carga considerable, especialmente para las familias en las que alguno de sus miembros sufre una enfermedad mental grave. Estas familias se enfrentan a menudo a dificultades económicas intensas (4, 5). La pobreza causa un impacto negativo significativo sobre el bienestar psicológico, la autoestima, la salud (física y mental) y la calidad de vida en general (6). Los niveles especialmente bajos de calidad de vida en sus diferentes dominios (relaciones sociales, actividades de ocio, nutrición, vivienda) son frecuentes en los individuos que sufren enfermedades mentales graves y en sus familias (7).

Por otra parte, el proceso progresivo de desinstitucionalización de los pacientes atendidos en residencias para enfermos crónicos está afectando tanto a las familias como a la comunidad. En los casos en los que la familia y la comunidad local no están preparadas para aceptar a los pacientes desinstitucionalizados o no tienen voluntad para ello, estos pacientes pueden convertirse en personas sin hogar o, simplemente, ser transferidos a otras instituciones. En estos casos, el término de rehabilitación psiquiátrica tiene un matiz irónico.

Aparentemente, la globalización trae aparejadas consecuencias negativas para la aplicación de programas eficaces de rehabilitación psiquiátrica. Se plantea el problema de determinar si es posible eliminar

el impacto de la globalización, o incluso «neutralizarlo» en beneficio tanto del paciente como de su familia. La respuesta es positiva. Hay soluciones, como el fortalecimiento de los movimientos internacionales de familias y usuarios de los servicios de Psiquiatría, con iniciativas paralelas para la autorrealización y la autodeterminación de cualquier paciente. En el ámbito comunitario es posible cambiar el clima mediante la implementación sistemática de diversas intervenciones sobre salud mental dirigidas hacia la modificación de las creencias y actitudes de la comunidad, y a las interacciones de la comunidad con las personas que sufren enfermedades mentales (8). El aprovechamiento de los movimientos de voluntarios en el campo de la salud mental y la explotación de cualquier recurso comunitario disponible para la alimentación, la vivienda y el trabajo podrían sustituir en alguna medida la ausencia de un estado de bienestar social.

La rehabilitación psiquiátrica es un proceso multidimensional y dinámico en el que participan tres partes: el paciente y su familia, el Estado y la comunidad. Este proceso tiene lugar en un ambiente socioeconómico específico, no en el vacío. Todos los profesionales que trabajan en este campo deben ser optimistas y, al mismo tiempo, escépticos o críticos respecto a la función que desempeña el ambiente como factor clave en la implementación de una rehabilitación psiquiátrica eficaz.

Bibliografía

1. World Health Organization/World Association for Psychosocial Rehabilitation. Psychosocial rehabilitation: a consensus statement. Geneva: World Health Organization, 1996.
2. Morrow M. Mental health reform, economic globalization and the practice of citizenship. *Can J Commun Ment Health* 2004;23:39-50.
3. Wave N, Goldfingers S. Poverty and rehabilitation in severe psychiatric disorders. *Psychiatr Rehab J* 1997;21:3.
4. Madianos MG, Economou M, Dafni O et al. Family disruption, economic hardship and psychological distress in schizophrenia: can they be measured? *Eur Psychiatry* 2004;19:408-14.
5. Schene A, Vijngaarden Van B, Koeter MWJ. Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophr Bull* 1998;24:609-18.
6. Madianos MG, Economou M, Hatziandreou M et al. Changes in public attitudes towards mental illness in the Athens area (1979/1980-1994). *Acta Psychiatr Scand* 1999;99:73-8.
7. Wilton R. Putting policy into practice? Poverty and people with serious mental illness. *Soc Sci Med* 2004;58:25-39.
8. Yanos P, Rosenfield S, Horwitz A. Negative and supportive social interactions and quality of life among persons diagnosed with severe mental illness. *Commun Ment Health J* 2001;37:405-19.

Rehabilitación psiquiátrica y su función actual en los países en vías de desarrollo

PARAMESHVARA DEVA

Faculty of Medicine, MARA University of Technology, 40450 Shah Alam, Malaysia

La rehabilitación psiquiátrica, o la rehabilitación psicossocial –tal como se suele denominar hoy en día–, es una rama científica de la Psiquiatría que ha desempeñado una función limitada en la práctica asistencial real dirigida hacia las personas que sufren enfermedades mentales. Incluso en los países en vías de desarrollo la consideración de la rehabilitación como un componente del tratamiento de la enfermedad mental grave es a menudo abandonada en favor de la aplicación de las nuevas generaciones de medicamentos, bajo la premisa de que estos fármacos producirán mejoras

espectaculares en los síntomas y, en consecuencia, en el funcionamiento de los pacientes. Esta situación queda reflejada en el papel sorprendentemente limitado de la rehabilitación psiquiátrica en los programas de formación de los residentes de Psiquiatría. Debido a esta falta de conocimiento, interés y formación por el campo de la rehabilitación en Psiquiatría, la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró en 1996 una declaración de consenso relativa a la rehabilitación psicossocial (1). En esta declaración se define la rehabilitación psicossocial como un proceso que permite a los individuos afectados, incapacitados o discapacitados por un trastorno mental alcanzar un grado óptimo de funcionamiento independiente en la comunidad. Esta declaración básica ha sido com-

plementada posteriormente con una serie de objetivos a través de pasos para reducir los síntomas mediante un abordaje farmacológico y un abordaje psicossocial, para reducir la iatrogenia, mejorar la competencia social, reducir la discriminación y el estigma, mejorar el apoyo familiar y social y fortalecer al paciente.

Los objetivos de la rehabilitación psicossocial en los países en vías de desarrollo, aunque similares a los existentes en los países desarrollados, incluyen algunas otras consideraciones adicionales importantes (2). Los problemas económicos que afectan a las personas normales que residen en los países en vías de desarrollo ocasionan mayores dificultades a las personas que sufren enfermedades mentales. En ausencia de cualquier sistema de protección estatal, de subvención por desempleo o de seguridad social, estos problemas suponen una carga muy importante tanto para el paciente como para su familia. El estigma social de la enfermedad mental es muy intenso, y tanto el paciente como su familia quedan estigmatizados de muchas mane-

ras, incluso hasta verse disminuidas las posibilidades de matrimonio de los hijos o los hermanos del paciente. Para empeorar todavía más las cosas, las oportunidades de rehabilitación en los países en vías de desarrollo son mucho menores, debido a que las instituciones que atienden a los pacientes mentales carecen de profesionales con formación en los principios básicos de la rehabilitación psicosocial. Incluso en las zonas en las que se practica la rehabilitación, los objetivos no suelen ser los mismos que los descritos previamente. La elaboración manual repetida de cestas o alfombras –con muy pocos incentivos económicos, psicológicos y sociales para la mejora de la calidad de vida– contribuye poco a la rehabilitación psicosocial real de los pacientes que sufren enfermedades mentales.

En muchos países en vías de desarrollo no hay con frecuencia terapeutas ocupacionales, psicólogos o asistentes sociales formados adecuadamente. Los psiquiatras son escasos, y en muchos de estos países hay un psiquiatra por cada 0,3-1 millones de personas de la población general. En estas circunstancias, el psiquiatra suele estar ocupada a tiempo completo por las numerosas tareas médicas, administrativas y de conducción que debe llevar a cabo, de manera que le queda poco tiempo para trabajar en las unidades de rehabilitación, en caso de que exista alguna.

Hay también otras diferencias conceptuales entre la rehabilitación psicosocial en los países desarrollados y en los países en vías de desarrollo. Entre ellas, el énfasis sobre la vivienda en los países desarrollados, en los que el individualismo, la disponibilidad de viviendas de carácter público y la existencia de mecanismos de protección social facilitan la provisión de viviendas a las personas con enfermedades mentales. En los países en vías de desarrollo la vivienda no suele constituir un problema, debido a que se espera que la familia del enfermo mental cuide de él. Únicamente los indigentes o las personas que sufren pobreza extrema y las que son rechazadas por familiares y amigos tienen realmente problemas de alojamiento. En los países en vías de desarrollo el interés por el ocio y las actividades recreativas tampoco tiene tanta importancia como en los países desarrollados. Los fuertes vínculos familiares y el sólido sentido de la religión y la cultura existentes en muchos países en vías de desarrollo contribuyen a ocupar el escaso tiempo que dejan las actividades cotidianas centradas en la familia.

En muchos países en vías de desarrollo el objetivo de la rehabilitación no se comprende de manera clara. En consecuencia, la mayoría de los pacientes que sufren enfermedades mentales graves –en ocasiones

mal diagnosticadas– son remitidos a rehabilitación, considerando erróneamente que el proceso de rehabilitación llevado a cabo por personas que no son profesionales puede resolver de alguna manera el problema. El elevado coste económico de los nuevos medicamentos que dan lugar a una incidencia menor de efectos adversos conlleva problemas importantes en los países más pobres, en los que toda la medicación debe ser costeada por los propios pacientes, sin subsidio de ningún tipo. Contribuyen al rechazo de las iniciativas de rehabilitación las recidivas debidas a la falta de cumplimiento del tratamiento, por el hecho de que el paciente es incapaz de costear las medicinas.

A pesar de que se ha dicho y escrito mucho acerca de la terapia ambiental en Psiquiatría, el proceso de rehabilitación no depende únicamente del clima o el ambiente. La unidad de rehabilitación debe mantener un ambiente propicio y estructurado, para que se puedan llevar a cabo en ella las actividades que ayuden al individuo a superar sus inhibiciones y sus problemas sociales. Los enfermos mentales y, especialmente, los pacientes que sufren enfermedades mentales graves a menudo han presentado dificultades premórbidas en cuanto a sus habilidades sociales, y sufren conflictos psicológicos que quedan sin resolver a pesar del tratamiento farmacológico. La forma económicamente más rentable para abordar estas dificultades psicológicas es mediante grupos terapéuticos, que facilitan el crecimiento y los cambios personales. No obstante, la capacidad para implementar terapias de grupo es prácticamente inexistente en muchos países subdesarrollados, cuyos psiquiatras han tenido una formación limitada en habilidades psicoterapéuticas durante su formación de posgrado.

La recuperación de un estado de funcionamiento eficaz y productivo por parte de las personas con enfermedades mentales constituye un objetivo crucial. En la mayoría de los países en vías de desarrollo, la propia familia de cualquier persona que se haya recuperado realmente de una enfermedad espera que ésta desempeñe un papel productivo y completa o parcialmente funcional. Por lo tanto, la recuperación seguida del paro laboral o de un desempeño social pobre no solamente está mal considerada, sino que puede contribuir a un rechazo y un estigma adicionales incluso por parte de la propia familia. Así, un objetivo importante de la rehabilitación psicosocial es conseguir que el paciente en fase de recuperación vuelva a su empleo anterior o que al menos asuma un rol funcional y productivo. Cualquier otro resultado puede ser motivo de estrés para el paciente y su familia. En los países desarrollados, en los

que los pacientes con enfermedades mentales consiguen el apoyo estatal a través de la seguridad social o de diversas redes de apoyo, el retorno al puesto de trabajo puede no desempeñar la misma función que en los países en vías de desarrollo. Así, muchos de los programas de rehabilitación aplicados en los países en vías de desarrollo concentran una parte importante de sus energías en conseguir que los enfermos mentales realicen actividades que produzcan ingresos económicos. Entre ellas, la venta de los objetos o mercancías que elaboran los pacientes en su período de rehabilitación, de los alimentos preparados por los pacientes y, siempre que sea posible, de los productos obtenidos en las granjas atendidas por los pacientes. En los países más industrializados las tareas laborales sencillas subcontratadas, tales como el ensamblaje de componentes eléctricos o el empaquetado de mercancías en las fábricas, puede constituir el trabajo que se desarrolle en la rehabilitación laboral. Los beneficios de estas ventas o del trabajo industrial son compartidos con los pacientes, que adquieren la sensación de logro, perseguida por las actividades de rehabilitación.

Obviamente, los esfuerzos de rehabilitación de las personas que sufren enfermedades mentales son inútiles en los casos en los que la prevención de las recidivas no forma parte del propio proceso de rehabilitación. Al respecto, en muchos países se realizan actualmente sesiones educativas dirigidas hacia el paciente y su familia, con el objetivo de prevenir las recidivas. En estas sesiones se consigue que la familia y el paciente participen en la detección y la prevención temprana de las recidivas, se ofrece información acerca de la medicación, se exponen los efectos adversos de los medicamentos y se ofrece una línea de comunicación telefónica durante 24 horas diarias.

A pesar de que la rehabilitación psicosocial es una parte importante del proceso global del abordaje terapéutico adecuado de las enfermedades mentales crónicas, su importancia no ha sido reconocida en muchos países en vías de desarrollo, en los que su aplicación sigue siendo todavía infrecuente, en comparación con el uso de los medicamentos para «curar» las enfermedades.

Bibliografía

1. World Health Organization. Psychosocial rehabilitation: a consensus statement. Geneva: World Health Organization, 1996.
2. Deva P. Psychosocial rehabilitation in the developing world. *Psychiatr Rehabil J* 1990;4:21-8.

Rehabilitación psiquiátrica hoy: una perspectiva africana

FRED N. KIGOZI, EUGENE KINYANDA

Butabika National Psychiatric Referral and Teaching Hospital, P.O. Box 7017, Kampala, Uganda

Los países en vías de desarrollo, como los que forman África Subsahariana, se enfrentan a abundantes dificultades al tratar de establecer y ofrecer servicios de rehabilitación psiquiátrica. Muchos de estos países no pueden comprometerse a dedicar a la salud la cantidad mínima de 12 dólares estadounidenses por persona recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y también se enfrentan a limitaciones graves de recursos humanos, lo que hace que sea virtualmente imposible la implantación de servicios de rehabilitación psiquiátrica de corte occidental como los descritos por Rössler (1, 2). La mayoría de los países del continente africano ha llevado a cabo la implantación de diversas fases de la estrategia de atención primaria, que hace hincapié en la integración de los servicios sanitarios –incluyendo la salud mental– en el ámbito comunitario, con el objeto de reforzar las redes familiares de apoyo y de aprovechar los recursos de rehabilitación existentes en las comunidades (1-3).

En la mayor parte del continente se han desarrollado modelos indígenas de rehabilitación psiquiátrica, aprovechando la fuerza de los sistemas de apoyo social familiar ampliados existentes en casi todo el continente. Uno de estos modelos es el constituido por los poblados de rehabilitación de Tanzania, establecidos inicialmente en 1969 y diseñados en función del trabajo pionero de Lambo en la Aro Village de Nigeria (4, 5). Estos poblados de rehabilitación ofrecen servicios psiquiátricos similares a los existentes en los hospitales, en un ambiente que pretende reproducir el clima social y económico de una comunidad rural. Los profesionales que atienden estos poblados son funcionarios de la agricultura y la ganadería, profesionales o asistentes de enfermería, artesanos que se responsabilizan de la terapia ocupacional y curanderos. Un psiquiatra y un asistente social médico que realizan visitas semanales a estos poblados trabajan junto con el equipo terapéutico local y con los pacientes y sus familiares, para la formulación y la aplicación de un plan de rehabilitación individual para cada paciente (5). Una desventaja importante de estos «poblados» de rehabilitación psiquiátrica es la imposibilidad de coexistencia con los centros urbanos.

Las organizaciones sociales civiles también han aplicado programas de rehabilitación psiquiátrica en el continente. Un ejemplo es el constituido por la organización Basic Needs, que actúa en Uganda, Tanzania, Ghana y Kenya (6). Basic Needs atiende las necesidades de salud mental de las personas que residen en el contexto comunitario, a través de un abordaje basado en un apoyo material sostenible. En este modelo, los pacientes con enfermedades mentales y sus cuidadores reciben un apoyo activo para participar en talleres de consulta y en grupos de autoayuda. Esta organización trabaja junto con las demás partes implicadas, incluyendo los gobiernos, y también está comprometida en la identificación y la eliminación de los cuellos de botella existentes en el acceso a los servicios de salud mental de las comunidades. Una vez que los pacientes con enfermedades mentales se sienten más estables, se los anima a volver a trabajar a través de diversos mecanismos, como el otorgamiento de créditos. El modelo de Basic Needs no solamente es congruente con la estrategia de atención sanitaria primaria, que constituye el fundamento básico de la atención de la salud en la mayoría de los países africanos, sino que también representa un modelo flexible que puede ser implementado en contextos rurales y urbanos.

En resumen, aunque en el continente africano se han implementado con diferente grado de éxito tanto el modelo de atención primaria de la salud propuesto por la OMS como algunos modelos indígenas de rehabilitación psiquiátrica, son muy escasos los estudios relativos a la rentabilidad económica y la viabilidad a largo plazo de estos abordajes de la rehabilitación psiquiátrica en esta región geográfica. El desafío al que se enfrentan los profesionales de la salud mental hoy en día en África es el de evaluar científicamente la rentabilidad económica de cada uno de estos modelos y el de optimizarlos con la información obtenida en otros lugares.

Bibliografía

1. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B et al (eds). *World mental health: problems and priorities in low-income countries*. New York: Oxford University Press, 1995.
2. Ministry of Health, Uganda. *National health policy*. Kampala: Ministry of Health, 1999.
3. Kigozi F, Kinyanda E, Basangwa D. *Mental health services in Africa*. In: Njenga FG, Acuda W, Patel V et al (eds). *Essentials of clinical psychiatry for sub-Saharan Africa*. Milan: Masson, 2005:230-6.
4. Leighton AH, Lambo TA, Hughes CC et al (eds). *Psychiatric disorder among the Yoruba*. Ithaca: Cornell University Press, 1963.
5. Kilonzo GP. *The challenges of rehabilitation psychiatry – The Tanzanian experience*. *Medicus* 1992;11:14-8.
6. Basic Needs. *Basic Needs review: community my community*. Sri Lanka: Ajith Printers, 2005.

Una petición relativa a las 22 normas estándar de las Naciones Unidas y una solicitud para la redefinición de la Psiquiatría

RENÉ VAN DER MALE

Utrecht, The Netherlands

Wulf Rössler nos ofrece una descripción detallada del estado actual de la rehabilitación psiquiátrica. El cambio de paradigma del modelo centrado en la enfermedad (de hecho, un modelo médico) por un modelo centrado en la discapacidad funcional abordada a través de la rehabilitación psiquiátrica es muy bienvenido. La vivienda, la educación, el trabajo, las relaciones satisfactorias y la participación en

la comunidad son aspectos básicos para que las personas se puedan recuperar y, por lo tanto, constituyen objetivos del movimiento de pacientes y familiares.

Al utilizar el adjetivo «psiquiátrica», la rehabilitación se coloca en el dominio de la Psiquiatría. La vivienda, la educación, el acceso al mercado laboral y a otras actividades valoradas, y la participación plena en la comunidad son aspectos que no muestran vínculos con la Psiquiatría en los niveles de planificación, financiación o prioridad política. Por esta razón, se considera esencial la implementación de las 22

normas estándar de las Naciones Unidas (ONU) relativas a la igualdad de oportunidades respecto a las personas con discapacidad (1). Es muy importante que las autoridades nacionales y locales implementen estas normas estándar a pesar de que la insuficiencia de los recursos económicos constituya un obstáculo para ello en muchos países.

Rössler señala que los psiquiatras deben desempeñar una función en el proceso de rehabilitación. Sin embargo, me gustaría subrayar el papel que desempeñan a este respecto los movimientos de pacientes y familiares. Las organizaciones locales de pacientes y familiares pueden ofrecer apoyo tanto a los pacientes como a sus familias y parecen tener bastante éxito en este empeño (2). Las organizaciones nacionales e internacionales de pacientes y familiares (3) (www.enusp.org; www.wnusp.org) pueden apoyar la implementación de las normas estándar de la ONU. Otro aspecto que otorga una gran importancia a los movimientos de pacientes y familiares es la amplia gama de métodos para la recuperación desarrollados por personas que han recibido servicios de salud mental (4) (www.basisberaad.nl; www.hearing-voices.org). Los grupos de autoayuda, los programas de crisis y la voluntad de la Psiquiatría son conceptos que merecen una atención mucho mayor. La idea de fortalecimiento del paciente se ha establecido a través de la

gran cantidad de información ofrecida por los propios pacientes (5).

Rössler finaliza su revisión con la observación de que todavía queda un largo camino por recorrer para aplicar a la práctica cotidiana los resultados obtenidos en los estudios de investigación. Los avances han sido considerables, aunque siempre es necesaria la humildad. En primer lugar, hay una cierta controversia relativa a la situación de la esquizofrenia (6-8). A pesar de esta situación ambigua, el diagnóstico de esquizofrenia influye de manera abrumadora en la vida de la persona en la que se establece. En segundo lugar, la ciencia médica desempeña un papel dominante en la Psiquiatría y, por lo tanto, se mantiene todavía el predominio del concepto de la separación entre cuerpo y mente.

No pueden negarse los efectos beneficiosos sobre la mente (y sobre el cuerpo) del Ayurveda hindú y de la práctica médica china, aunque es difícil acoplarlos al paradigma actual de la ciencia médica. En tercer lugar, recientemente se han obtenido datos nuevos e importantes respecto al funcionamiento del sistema nervioso central. Estos hallazgos indican la necesidad urgente de la redefinición de la Psiquiatría. El famoso libro «Discurso del método», publicado originalmente en 1677, fue redactado por René Descartes (9) con el objetivo de proponer un marco académico en el que se pudieran acomodar los avances

científicos de su época. Seríamos afortunados si en 2037 poseyéramos un marco similar respecto a la Psiquiatría.

World Psychiatry 2006; 4:158-167

Bibliografía

1. United Nations General Assembly. The standard rules on the equalization of opportunities for persons with disabilities (resolution 48/96). New York: United Nations, 1993.
2. Corrigan PW, Slopen N, Gracia G et al. Some recovery processes in mutual-help groups for persons with mental illness; II: qualitative analysis of participant interviews. *Commun Ment Health J* 2005;41:721-35.
3. van der Male R. Client movement in Europe: its past, present and future. *Psychiatr Neurol Jap* 1995;7:517-21.
4. Boevink W, Beuzekom J, Gaal E et al. Samen werken aan herstel. Utrecht: Trimbos Instituut, 2002.
5. Chamberlin J. A working definition of empowerment. *Psychiatr Rehabil J* 1997;20:43-6.
6. Boyle M. Schizophrenia: a scientific delusion? London: Routledge, 1990.
7. Vlamincck P. De schizofrenie ontmanteld. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2002;4:342-63.
8. Thomas P. The dialectics of schizophrenia. London: Free Association Books, 1997.
9. Descartes R. Discours de la méthode. Leiden: Maire, 1637.

Factores de riesgo para la esquizofrenia. Datos de seguimiento en el Northern Finland 1966 Birth Cohort Study

MATTI ISOHANNI^{1,4}, JOUKO MIETTUNEN¹, PIRJO MÄKI^{1,8}, GRAHAM K. MURRAY³, KHANUM RIDLER³, ERIKA LAURONEN¹, KRISTIINA MOILANEN¹, ANTTI ALARÄISÄNEN¹, MARIANNE HAAPEA¹, IRENE ISOHANNI⁷, ELENA IVLEVA⁵, CAROL TAMMINGA⁵, JOHN McGRATH⁶, HANNU KOPONEN^{1,2}

¹Department of Psychiatry, University of Oulu, Finland; ²Department of Psychiatry, University of Kuopio, Finland; ³Department of Psychiatry, University of Cambridge, UK; ⁴Department of Public Health Science, University of Oulu, Finland; ⁵University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, TX, USA; ⁶Department of Psychiatry, University of Queensland, Brisbane, Australia; ⁷Oulu University of Applied Sciences, Oulu, Finland; ⁸Muurola Hospital, Rovaniemi, Finland

En este artículo se actualizan los datos correspondientes a los factores de riesgo identificados en el Northern Finland 1966 Birth Cohort Study, hasta el final del año 2001 o hasta que los pacientes alcanzaron los 34 años de edad. Las deficiencias en el rendimiento (p. ej., retraso en el desarrollo motor o intelectual) y las exposiciones de carácter adverso (p. ej., complicaciones durante el embarazo y el parto, enfermedades del sistema nervioso central) se asociaron a un incremento en el riesgo de esquizofrenia. Sin embargo, en comparación con las personas de su misma edad y sexo, las chicas de clase social alta y los escolares más inteligentes también mostraron un incremento en el riesgo de desarrollo de esquizofrenia. Los individuos que desarrollaron posteriormente esquizofrenia presentaron una trayectoria de desarrollo con diferencias parciales y sutiles respecto a la de la población general; en comparación con lo observado en el grupo de control, esta trayectoria de desarrollo careció de flexibilidad y de capacidad de respuesta, al menos durante las fases tempranas. Los investigadores proponen un modelo de sistemas descriptivo, vital y multinivel relativo al desarrollo y al curso de la esquizofrenia.

Palabras clave: Esquizofrenia, factores de riesgo, trayectoria del desarrollo, modelo de sistemas multinivel

En las personas que posteriormente desarrollan psicosis son frecuentes las desviaciones sutiles del desarrollo motor, cognitivo, emocional, conductual y estructural cerebral. Este hecho permite afirmar que algunos aspectos de la etiología ya son operativos antes de la manifestación plena de la psicosis y que estos mismos factores influyen de manera adversa sobre las distintas trayectorias del desarrollo (1-3). En el Northern Finland 1966 Birth Cohort Study (NFBC 1966) se están explorando los factores de riesgo y los mecanismos de desarrollo de la esquizofrenia a lo largo de toda la vida.

Se han descrito numerosos supuestos factores de riesgo para la esquizofrenia (para una revisión, v. referencias 3 y 4), aunque son pocos los estudios prospectivos efectuados acerca de la estabilidad de la alteración del desarrollo y de las anomalías fenotípicas relacionadas en los pacientes con esquizofrenia. En el estudio NFBC 1966 se han obtenido resultados clave acerca de elementos predictivos de los cuadros de psicosis esquizofrénica, por ejemplo, el embarazo no deseado (5), las complicaciones obstétricas (6) y el retraso del desarrollo cuando el niño tiene un año (7). En este artículo se actualizan los datos correspondientes a estos factores de riesgo, hasta el final del año 2001 o hasta que los pacientes cumplieron 34 años de edad. En particular, en este artículo se analiza la posibilidad de que la desviación respecto a la normalidad en cualquier dirección (es decir, con un rendimiento inferior o superior) pueda constituir un factor de riesgo para la esquizofrenia.

MÉTODOS

En el estudio NFBC 1966 participaron 12.058 personas nacidas en 1966, el 96 % de ellas en la región del norte de Finlandia (1). Para el seguimiento en el momento en que los participantes alcanzaron los 34 años de edad se utilizaron abordajes estándar de cohorte y un diseño de casos y controles anidado. En los análisis del riesgo participaron 10.458 controles y 111 pacientes con esquizofrenia (criterios del DSM-III-R). Para cada factor de riesgo se calcularon los cocientes de posibilidades (*odds ratio*, OR) crudos y ajustados además del porcentaje de riesgo atribuible a la población (PRP) y la varianza explicada. Se calculó la varianza explicada total para todo el modelo ajustado.

RESULTADOS

En la tabla 1 se presentan los factores de riesgo significativos para los participantes en el estudio NFBC 1966 a los 34 años de edad. Tras el ajuste respecto a otras variables, el orden de posiciones de los factores de riesgo se modificó sustancialmente. Los factores de riesgo asociados a OR crudas relativamente elevadas (p. ej., lesión cerebral perinatal) se asociaron a PRP bajos (p. ej., del 5 %). Los hitos del desarrollo tempranos relacionados con la bipedestación, la marcha y el uso adecuado del orinal se asociaron a OR crudas modestas, pero a PRP relativamente elevados. Al combinar los factores de riesgo sólo se pudo explicar el 9,1 % de la varianza. No solamente el rendimiento «bajo» se asoció al incremento en el riesgo de esquizofrenia: las chicas de clase social alta y los escolares de sexo masculino más inteligentes mostraron un incremento en el riesgo de padecimiento de esquizofrenia, en comparación con las personas de edad y sexo similares que no desarrollaron la enfermedad.

DISCUSIÓN

En comparación con la población general, las personas que desarrollan esquizofrenia muestran alteraciones sutiles en el desarrollo motor, cognitivo, emocional y conductual. Es posible identificar factores de riesgo para la esquizofrenia; sin embargo, estos factores de riesgo sólo explican una pequeña proporción de la varianza y actualmente parecen poseer un valor heurístico limitado. Los resultados presentados en revisiones recientes (4) son congruentes con los del estudio y demuestran la existencia de retrasos del desarrollo similares en las personas en fase preesquizofrénica.

Generalmente, las alteraciones del desarrollo (p. ej., retraso del desarrollo motor o intelectual) y las exposiciones de carácter adverso (p. ej., complicaciones durante el embarazo y el parto, enfermedades del sistema nervioso central) se han asociado a un incremento en el riesgo de esquizofrenia. Sin embargo, paradójicamente, en el estudio se observó con respecto a algunos parámetros que la desviación de la norma en cualquier dirección se acompañó de un aumento en el riesgo de esquizofrenia. Por ejem-

Tabla 1 Factores de riesgo más importantes para la esquizofrenia detectados en el estudio Northern Finland 1966 Birth Cohort en el momento en el que los participantes alcanzaron los 34 años de edad. Los factores de riesgo con significación estadística aparecen marcados en negrita

Factores de riesgo	Datos estadísticos crudos				Odds ratio ajustadas	
	OR	IC del 95 %	R ² %	PRP %	OR	IC del 95 %
Sexo masculino	1,8	1,2-2,7	0,8	29	1,8	1,1-2,8
Psicosis en los padres*	3,9	2,3-6,6	1,5	11	4,1	2,3-7,4
Peso corporal al nacer < 2.500 g	2,2	1,1-4,6	0,3	4	1,4	0,6-3,4
Lesión cerebral perinatal	5,7	2,6-12,5	1,1	5	2,9	1,1-7,9
Infección del sistema nervioso central	2,9	1,1-8,0	0,3	2	3,7	1,3-10,6
Embarazo no deseado	2,0	1,2-3,2	0,6	10	1,8	1,1-3,0
No pertenencia al curso escolar normal	4,4	2,7-7,1	2,4	15	4,4	2,5-7,7
Retraso en la adquisición de la bipedestación (12 meses o más)	2,0	1,4-3,0	1,1	24	1,4	0,8-2,4
Retraso en el aprendizaje para caminar (12 meses o más)	1,9	1,2-3,0	0,9	33	1,3	0,7-2,3
Aprendizaje del manejo del orinal al cumplir el primer año (no)	1,8	1,2-2,6	0,7	19	1,5	1,0-2,3
Rendimiento escolar excelente (varones)	3,3	1,4-7,9	0,7	7	4,3	1,7-10,7
Clase social elevada (mujeres)	2,4	1,0-5,8	0,1	9	4,5	1,6-13,4

IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio; PRP %: porcentaje de riesgo atribuible a la población; R² %: proporción de la varianza explicada.

*Información obtenida a través del Finnish Hospital Discharge Register, 1972-2000.

Varianza explicada por el modelo total: R² = 9, 1 %

plo, en el estudio NFBC 1966 el rendimiento escolar superior se asoció a un incremento en el riesgo de suicidio en las personas psicóticas, así como a una disminución de este riesgo en las personas no psicóticas (interacción entre el rendimiento escolar y el diagnóstico: $p = 0,01$) (8).

Además de los datos que se recogen en la tabla 1, las investigaciones fundamentadas en el estudio NFBC han revelado la existencia de otras desviaciones sutiles en la trayectoria vital de las personas con esquizofrenia, en comparación con los miembros sanos de la cohorte. También se ha podido demostrar que los individuos con psicosis muestran una trayectoria del desarrollo que difiere parcial y sutilmente de la que presenta la población general. En las personas presquizofrénicas la trayectoria del desarrollo hasta la adolescencia parece más estricta y falta de flexibilidad y de capacidad de respuesta, en comparación con los controles no psicóticos. Puede existir también una cierta continuidad en la población general: los lactantes que participaron en el estudio NFBC 1966 y que se desarrollaron con una lentitud ligeramente mayor (manteniéndose todavía en el intervalo normal del desarrollo) presentaron un rendimiento escolar menor y una probabilidad también menor de acceder a la educación de niveles superiores (9).

En la esquizofrenia, la precisión diagnóstica puede ser limitada, y suelen efectuarse modificaciones diagnósticas. Los sistemas diagnósticos actuales ofrecen una fiabilidad moderadamente adecuada para los especialistas entrenados que deben efectuar un diagnóstico, pero no necesariamente para los científicos y los clínicos (10). Hay problemas importantes en diversos aspectos concernientes a la validez y a la práctica clínica (p. ej., un retraso importante en el diagnóstico) (11). En el estudio NFBC 1966 se observó una discordancia (esquizofrenia frente a ausencia de esquizofrenia) entre los clínicos y los investigadores en el 43 % de los casos, especialmente en aquellos casos con síntomas marginales, contactos mínimos con los sistemas terapéuticos, inicio tardío de la enfermedad, buena evolución y comorbilidad (12).

En el conjunto de los datos longitudinales obtenidos por el estudio NFBC 1966, hay un grado diferente de continuidad o persistencia de las desviaciones del desarrollo en la esquizofrenia y en la población general. La continuidad del desarrollo en el área neuromotora durante los primeros 16 años fue significativamente mayor en el grupo de niños que posteriormente desarrollaron es-

quizofrenia (estadístico r de Spearman entre 0,2 y 0,3) que en el grupo de controles no psicóticos (r entre 0,05 y 0,1) (13). En cuanto al análisis de la cognición efectuado en el estudio NFBC 1966, los participantes con retrasos ligeros en los hitos del desarrollo durante sus primeras etapas de la vida también presentaron resultados peores en los tests de la función cognitiva durante la edad adulta. Aunque las personas con esquizofrenia presentaron un desarrollo ligeramente más tardío y una función cognitiva inferior durante la edad adulta, el patrón de asociación entre el desarrollo motor infantil y la cognición durante la edad adulta fue similar en los grupos de pacientes esquizofrénicos y de la población general (14). La trayectoria cognitiva desde la lactancia hasta la edad adulta no fue cualitativamente diferente en el grupo de esquizofrenia, en comparación con la población general (15). Se observaron diferencias cuantitativas (p. ej., en los pacientes esquizofrénicos se detectó un rendimiento inferior tanto durante la lactancia como en la edad adulta). Estos resultados son congruentes con la hipótesis de que el retraso leve del desarrollo motor durante la etapa infantil y las deficiencias cognitivas en la edad adulta que se detectan en la esquizofrenia (al menos en algunos dominios) constituyen manifestaciones dependientes de la edad y correspondientes a un mismo proceso neural subyacente.

En la figura 1 se muestra un modelo vital multinivel descriptivo correspondiente a la trayectoria del desarrollo en la esquizofrenia y también al curso de la enfermedad. Este modelo descriptivo está fundamentado principalmente en aspectos epidemiológicos dependientes del tiempo (longitudinales) y cuantificables. Sin embargo, este modelo también presenta características jerárquicas multinivel. Los datos obtenidos del estudio NFBC 1966 representan una evidencia tangible de la complejidad y la sutileza de estas trayectorias, aunque las variables utilizadas hasta el momento sólo permiten vislumbrar algunas características correspondientes al genoma y al endofenotipo. Se están realizando actualmente estudios para evaluar genes candidatos y endofenotipos, y se espera que en el futuro será posible utilizar los fenotipos y los endofenotipos del desarrollo para refinar los estudios de asociación genética. Gottesman y cols. (16) han perfilado un modelo innovador que incorpora una interacción dinámica, durante el desarrollo, entre los factores genéticos moleculares, ambientales y epigenéticos.

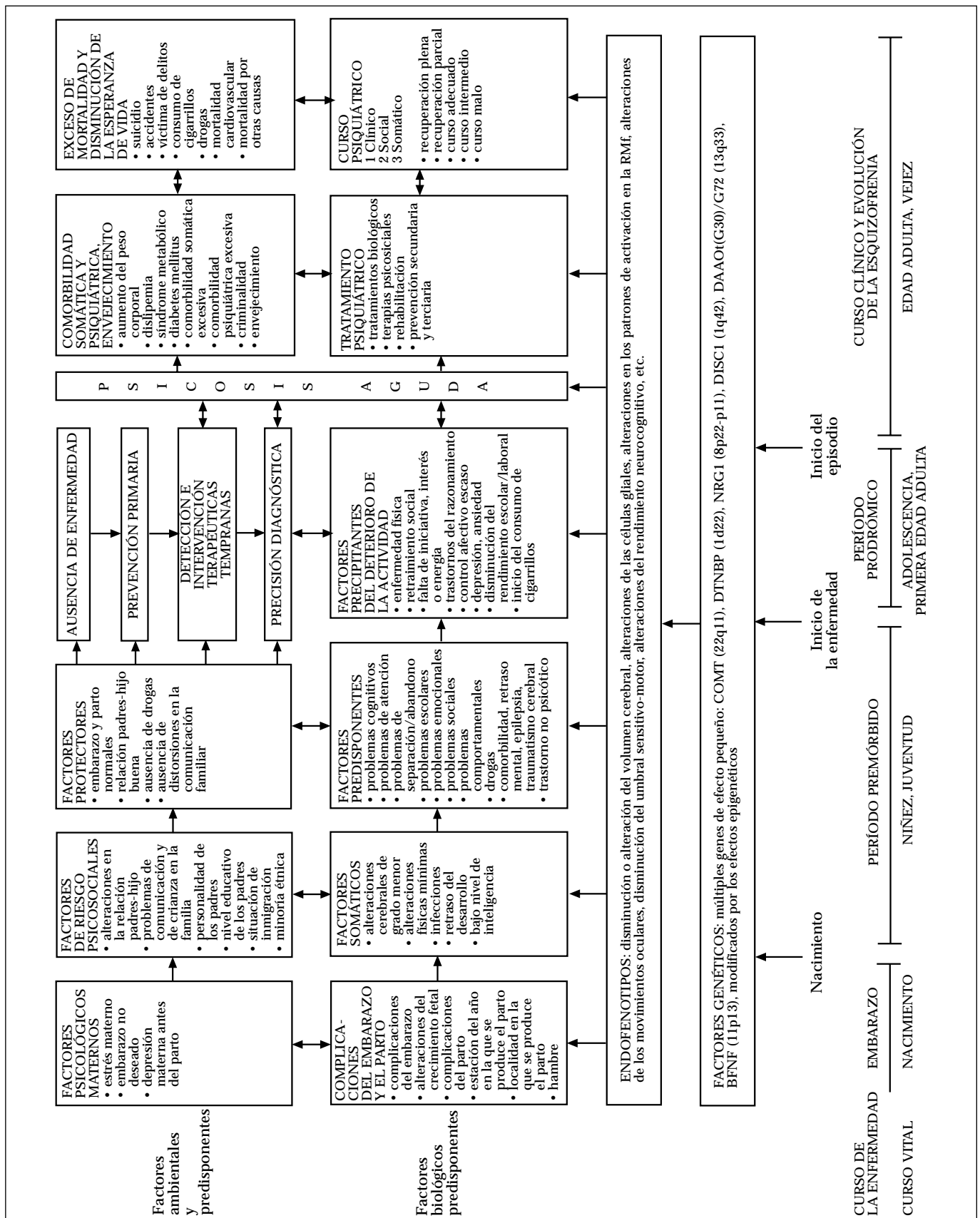


Figura. 1 Modelo vital y multinivel descriptivo de la esquizofrenia. Se recogen los componentes conocidos de la etiología y el curso de la enfermedad. Las hipótesis acerca de los factores de protección no están necesariamente basadas en la evidencia.

Este modelo tiene valor desde varias perspectivas. Ofrece información acerca de la trayectoria longitudinal, vital, dinámica, dependiente del tiempo y variable en función del tiempo, así como de la trayectoria transversal, estructural, multinivel, multidimensional y jerárquica. Ambas dimensiones ayudan a desentrañar las complejas relaciones existentes entre el genotipo y la enfermedad. En ausencia de la comprensión de los sistemas completos, sólo es posible contemplar las manifestaciones superficiales de los procesos subyacentes. Fenotípicamente, los factores y fenómenos de riesgo (p. ej., la edad a la que el niño aprende a caminar, las complicaciones durante el parto o el embarazo no deseado) sólo son parcialmente heurísticos y su potencia explicativa y predictiva es modesta.

En conclusión, las personas que sufren psicosis muestran una trayectoria del desarrollo que difiere parcial y sutilmente de la que presentan las personas de la población general. El estudio NFBC 1966 ofrece la oportunidad de vislumbrar este complejo proceso. Es necesario definir marcos teóricos relativos a la trayectoria del desarrollo de la esquizofrenia, fundamentados en un abordaje multinivel y dinámico más detallado, tal como proponen las modernas teorías de los sistemas y biología de los sistemas (17). En el momento presente no es posible elaborar un modelo detallado que permita contemplar todas las características subyacentes al desarrollo de la esquizofrenia. Hay muy poca información disponible acerca de los factores que influyen sobre la matriz genética y de los factores ambientales que guían sutilmente el desarrollo. No obstante, puede concluirse señalando que las trayectorias del desarrollo en la esquizofrenia son diferentes de manera sutil pero sugestiva respecto a la de las personas sanas. En los pacientes que desarrollan esquizofrenia las trayectorias del desarrollo, al menos en las fases iniciales, parecen «más estrictas». Pueden ser menos flexibles y con una menor capacidad para amortiguar las perturbaciones. Estos resultados ofrecen indicios tentadores respecto a las posibles causas de la esquizofrenia y subrayan el valor de los estudios sobre cohortes de nacimiento.

Agradecimientos

Este estudio ha sido sufragado por ayudas económicas de la Finnish Academy, la Sigrid Juselius Foundation, la Signe and Ane Gyllenberg Foundation y el Stanley Medical Research Institute.

World Psychiatry 2006; 4:168-171

Bibliografía

1. Isohanni M, Lauronen E, Moilanen K et al. Predictors of schizophrenia. Evidence from the Northern Finland 1966 Birth Cohort and other sources. *Br J Psychiatry* 2005;187(Suppl. 48):4-7.
2. Mäki P, Veijola J, Rantakallio P et al. Schizophrenia in the offspring of antenatally depressed mothers – a 31 year follow-up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Schizophr Res* 2004;66:79-81.
3. Sullivan PF. The genetics of schizophrenia. *PLoS Medicine* 2005; 2:e212.
4. Cannon M, Tarrant JC, Huttunen MO et al. Childhood development and later schizophrenia: evidence from genetic high-risk and birth cohort studies. In: Murray RM, Jones PB, Susser E et al (eds). *The epidemiology of schizophrenia*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003:100-23.
5. Myhrman A, Rantakallio P, Isohanni M et al. Unwantedness of a pregnancy and schizophrenia in the child. *Br J Psychiatry* 1996; 169:637-40.
6. Jones P, Rantakallio P, Hartikainen A-L et al. Schizophrenia as long-term outcome of pregnancy, delivery and perinatal complications: a 28-year follow-up of the 1966 North Finland general population birth cohort. *Am J Psychiatry* 1998;155:355-64.
7. Isohanni M, Jones PB, Moilanen K et al. Early developmental milestones in adult schizophrenia and other psychoses. A 31-year follow-up of the North Finland 1966 Birth Cohort. *Schizophr Res* 2001;52:1-19.
8. Alaräisänen A, Miettunen J, Lauronen E et al. Good school performance is a risk factor for suicide in psychoses. A 35-year follow-up of The Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Acta Psychiatr Scand* (in press).
9. Taanila A, Murray G, Jokelainen J et al. Does the age of reaching infant developmental milestones matter? A 31-year follow-up in the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Dev Med Child Neurol* 2005;47:581-6.
10. Isohanni M, Mäkiyö T, Moring J et al. A comparison of clinical and research DSM-III-R diagnoses of schizophrenia in a Finnish national birth cohort. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32:303-8.
11. Häfner H, an der Heiden W. Course and outcome of schizophrenia. In: Hirsch SR, Weinberger D (eds). *Schizophrenia*. Oxford: Blackwell, 2003:101-41.
12. Moilanen K, Veijola J, Läksy K et al. Reason for diagnostic discordance between clinicians and researchers in schizophrenia in the Northern Finland 1966 Cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:305-10.
13. Isohanni M, Murray G, Jokelainen J et al. The persistence of developmental markers in childhood and adolescence and risk for schizophrenic psychoses in adult life. A 34-year follow-up of the North Finland 1966 Birth Cohort. *Schizophr Res* 2004;71:213-25.
14. Murray G, Veijola J, Moilanen K et al. Infant motor development is associated with adult cognitive categorization in a longitudinal birth cohort study. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47:25-9.
15. Murray GK, Jones PB, Veijola J et al. Infant motor development and adult cognitive functions in schizophrenia. *Schizophr Res* 2006;81:65-74.
16. Gottesman II, Gould TD. The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions. *Am J Psychiatry* 2003; 160:636-45.
17. Kitano H. Systems biology: a brief overview. *Science* 2002;295: 1622-4.

Relación entre depresión y remisión en el primer episodio de psicosis

PIET OOSTHUIZEN, ROBIN EMSLEY, DANA NIEHAUS, LIEZL KOEN, BONGA CHILIZA

Department of Psychiatry, University of Stellenbosch, Cape Town, South Africa

En este estudio se han evaluado las modificaciones en los síntomas de depresión a lo largo del tiempo en 57 pacientes con un primer episodio de psicosis, así como las relaciones existentes entre estos síntomas durante el episodio psicótico agudo y el período pospsicótico tras la administración del tratamiento. Los instrumentos de valoración han sido la Calgary Depression Scale (CDS) y la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Para la valoración del resultado del tratamiento se han utilizado criterios de remisión recientemente propuestos. En el análisis factorial mediante la PANSS se identificó un factor de depresión/ansiedad (PANSS-D/A) inicial, que a los 24 meses se diferenció en los factores «puros» de depresión (PANSS-D) y de ansiedad (PANSS-A). En el momento del inicio del estudio se detectaron correlaciones intensas entre las puntuaciones CDS y las puntuaciones PANSS-D/A, PANSS-D y PANSS-A, pero a los 24 meses desapareció la significación en la correlación entre las puntuaciones CDS y PANSS-A. En comparación con los pacientes que no presentaron remisión, los que alcanzaron la fase de remisión mostraron puntuaciones CDS iniciales significativamente mayores, pero los síntomas de depresión desaparecieron con el tratamiento antipsicótico. Los pacientes que no presentaron remisión mostraron puntuaciones CDS iniciales relativamente bajas, pero sus síntomas de depresión persistieron a lo largo de todo el estudio. Estos resultados sugieren que los síntomas de depresión en el episodio psicótico agudo son diferentes de los que tienen lugar durante el período pospsicótico en términos de su fenomenología, de su relación temporal con la psicosis y de su respuesta al tratamiento.

Palabras clave: Esquizofrenia, depresión, remisión, caso, análisis factorial

Aunque la esquizofrenia y la depresión han sido consideradas históricamente como enfermedades distintas, actualmente se acepta que en la esquizofrenia son frecuentes los síntomas de depresión (1). Las estimaciones de la prevalencia difieren de manera considerable, posiblemente a consecuencia de las diferencias en las muestras estudiadas (p. ej., pacientes con enfermedad aguda y pacientes con enfermedad crónica) y en los instrumentos de valoración utilizados. Las tasas de prevalencia publicadas han oscilado entre el 7 y el 70 % (2, 3). Los síntomas de depresión plantean dificultades al clínico, debido a que pueden remedar los síntomas negativos (4) y los cuadros de acinesia (5) o acatiasia (6) inducidos por los antipsicóticos, razón por la cual su diagnóstico puede ser difícil. Además, los síntomas de depresión en la esquizofrenia pueden tener orígenes distintos y pueden requerir intervenciones terapéuticas específicas. Por ejemplo, pueden representar una respuesta psicológica frente a la enfermedad y a los acontecimientos vitales adversos asociados a ella (7). De manera alternativa, pueden deberse a cuadros de abuso de sustancias (4), reflejar la presencia de un trastorno comórbido de depresión mayor o de ansiedad o, incluso, ser inducidos por el tratamiento antipsicótico (8). Finalmente, se ha propuesto la posibilidad de que los síntomas de depresión puedan constituir una característica central de la esquizofrenia en sí misma (9, 10).

Se ha observado que la mayoría de los síntomas de depresión surgen junto con los síntomas psicóticos agudos y desaparecen una vez que se implementa el tratamiento antipsicótico y la psicosis remite (10). No obstante, hay pacientes esquizofrénicos que sufren síntomas persistentes de depresión, los que no responden a los antipsicóticos como tratamiento único. Se ha detectado un síndrome de depresión en el 12,9 % de los pacientes con esquizofrenia crónica, y estos síntomas han persistido más allá de 3 meses en el 60 % de los individuos (3). En otro estudio se observó que el 30-40 % de los pacientes esquizofrénicos presentó síndromes de depresión mayor durante el curso longitudinal de su enfermedad (11). Estos síntomas de depresión persistentes (o emergentes) pueden ser especialmente importantes en el período pospsicótico y han sido asociados a un incremento en el riesgo de recidiva (7), a la suicidalidad (12) y a las deficiencias en el funcionamiento social y laboral (11, 13, 14). A pesar de que todavía existe un cierto debate con respecto a la relación entre los síntomas de depresión y el resultado del tratamiento, parece que la presencia de este tipo de síntomas durante la fase aguda de la enfermedad se asocia a una evolución

favorable (15-17). Por otra parte, cuando aparecen en la fase crónica de la esquizofrenia, los síntomas de depresión parecen ser indicadores pronósticos negativos (13, 18).

En los estudios que se han efectuado acerca de los síntomas de depresión en la esquizofrenia se han utilizado diversos instrumentos, como el factor de depresión de la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (16), el factor de depresión de la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (19) y la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (4). Sin embargo, la Calgary Depression Scale (CDS) fue la primera escala diseñada y validada específicamente para la evaluación de los síntomas de depresión en los pacientes con esquizofrenia (20). La CDS está fundamentada en ítems seleccionados de la Hamilton Depression Rating Scale y de la Present State Examination (20). En el análisis de los factores exploratorios se ha señalado que la CDS es monodimensional (21). Se ha demostrado que los ítems que componen esta escala no muestran solapamiento con los síntomas negativos ni con los síntomas extrapiramidales (22-24), aunque en un estudio se detectó correlación entre esos ítems y los síntomas positivos (25). Se ha demostrado también la existencia de una correlación intensa entre las puntuaciones CDS y PANSS-D (26). El factor PANSS-D incluye diversos ítems relativos a la ansiedad y podría ser considerado, más adecuadamente, como el factor PANSS de depresión/ansiedad.

El objetivo principal de nuestro estudio ha sido la evaluación de las modificaciones que tienen lugar en los síntomas de depresión a lo largo del tiempo en pacientes con un primer episodio de psicosis y, particularmente, el análisis de las relaciones existentes entre estos síntomas y el resultado del tratamiento, tanto en el episodio psicótico agudo como en el período pospsicótico. Uno de los problemas existentes en los estudios previos ha sido la falta de uso de parámetros estándar de evolución. Para superar esta dificultad, en nuestro estudio se han aplicado para la definición de la remisión criterios operativos recientemente propuestos (27).

MÉTODOS

Nuestro estudio ha sido un análisis *post hoc* de una muestra evaluada prospectivamente y constituida por 57 pacientes con un primer episodio de psicosis, atendidos en el complejo hospitalario universitario Stikland-Tygerberg de Ciudad del Cabo, Sudá-

frica. Los detalles completos relativos a los participantes y a los métodos de la investigación han sido descritos en otra publicación (28). Brevemente, los criterios de participación permitieron la selección de pacientes de 16 a 55 años de edad que cumplían los criterios diagnósticos del DSM-IV de trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, que estaban siendo atendidos en el hospital o de manera ambulatoria, y que habían recibido tratamiento con antipsicóticos durante menos de 4 semanas. Los criterios de exclusión fueron: la existencia de un diagnóstico del Eje I del DSM-IV distinto del trastorno esquizofreniforme, la esquizofrenia o el trastorno esquizoafectivo; la dependencia del alcohol o de otras sustancias; el tratamiento con antipsicóticos administrados en formulaciones de liberación lenta; el padecimiento de alguna enfermedad médica general significativa, o el padecimiento de retraso mental. El protocolo de estudio, la información ofrecida a los pacientes y los procedimientos de obtención del consentimiento informado fueron aprobados por el Institutional Review Board de la University of Stellenbosch. Los pacientes o sus tutores otorgaron el consentimiento informado por escrito.

Los participantes fueron tratados con dosis bajas de haloperidol en un diseño sin enmascaramiento, según un protocolo fijo. Brevemente, las dosis se limitaron a la administración de 1 mg/día durante las 4 primeras semanas. En los pacientes que no respondieron (reducción $\leq 20\%$ en la puntuación PANSS total) se realizó un incremento de la dosis hasta 2 mg/día durante 3 semanas, seguido de incrementos semanales de 1 mg/día hasta que se obtuvo respuesta, aparecieron efectos adversos intolerables o se alcanzó una dosis máxima de 10 mg/día. En este momento, los pacientes sin respuesta fueron cambiados al grupo de tioridazina, hasta una dosis máxima de 600 mg/día. Los pacientes que seguían sin presentar respuesta tras 3 semanas de tratamiento con la dosis máxima de tioridazina fueron cambiados al tratamiento con clozapina. Se permitió la disminución de la dosis de haloperidol en cualquier momento del estudio por la aparición de efectos adversos. También se permitió la administración de lorazepam para la sedación y de orfenadrina y benzhexol para el tratamiento de los síntomas extrapiramidales.

Aunque los participantes fueron evaluados con diversos instrumentos, los más adecuados al objetivo del estudio fueron la Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) (29), la PANSS (30) y la CDS (20). Los participantes fueron evaluados semanalmente con las escalas PANSS y CDS durante las 9 primeras semanas (o hasta que alcanzaron la estabilización), a las 12 semanas y, a partir de entonces, con intervalos trimestrales durante un período de 2 años, realizando evaluaciones adicionales no programadas siempre que se consideró necesario.

Con el objetivo de mejorar la evaluación del resultado del tratamiento, se utilizaron criterios recientemente propuestos para considerar la remisión (27). Estos criterios definen la remisión según un umbral de gravedad en los ítems correspondientes a los tres dominios sintomáticos principales identificados en el análisis factorial (síntomas negativos, psicosis y factores de desorganización) y en los cinco criterios especificados en el DSM-IV para establecer el diagnóstico de esquizofrenia. En la escala PANSS el umbral de gravedad de los síntomas consiste en una puntuación de 3 (leve), o menos, durante al menos 6 meses, en cada uno de los ocho ítems siguientes: ideas delirantes, desorganización conceptual, comportamiento alucinatorio, embotamiento afectivo, retraimiento social, falta de espontaneidad, manierismos/posturas y contenido extraño del razonamiento.

El análisis factorial se realizó mediante el método de la probabilidad máxima sobre los ítems individuales de la escala PANSS tanto al inicio del estudio como a los 24 meses. Como guía para la selección del número de factores se efectuó un análisis del componente principal. La solución factorial se hizo rotar mediante el procedimiento Equamax. Al seleccionar el número de factores se

consideraron los elementos siguientes: los factores con valores propios superiores a la unidad, la inspección del gráfico de sedimentación (*scree plot*) y el porcentaje de la varianza explicado por la solución. Para investigar las relaciones entre los factores CDS y PANSS se utilizó el coeficiente de correlación de momento-producto de Pearson (r). Para la evaluación de las modificaciones en las puntuaciones CDS a lo largo del tiempo en los pacientes con remisión frente a los pacientes sin remisión se aplicó un modelo lineal general con análisis de las medidas repetidas de la varianza. La prueba de la t de Student permitió la comparación de los participantes con remisión y sin ella en términos de las puntuaciones de los factores CDS y PANSS. Los análisis se llevaron a cabo sobre la población con intención de tratamiento (ITT) (todos los participantes que recibieron el tratamiento y proporcionaron datos de eficacia en, al menos, una visita), utilizando el último valor obtenido (*last value carried forward*, LVCF). En todos los análisis se utilizó un nivel de significación de 0,05.

RESULTADOS

La edad media de los participantes fue $28,2 \pm 8,6$ años, y 29 de ellos (50,8 %) eran de mujeres. En tres pacientes no fue posible completar al menos una de las valoraciones posteriores al inicio del estudio, de manera que la muestra ITT para el análisis estuvo constituida por 54 participantes. En total, 23 participantes (40 %) alcanzaron los criterios de revisión completa, y en 28 participantes (49 %) se llevó a cabo el seguimiento durante los 24 meses. Las razones para la interrupción de la participación en el estudio fueron: desaparición durante el seguimiento ($n = 23$), voluntad explícita de abandonar el estudio ($n = 5$) y fallecimiento ($n = 1$).

En función de la inspección del gráfico de sedimentación se seleccionó una solución de cinco factores para los ítems individuales de la escala PANSS al inicio del estudio, lo que explicó el 60 % de la varianza. El tercer componente principal fue un factor de depresión/ansiedad constituido por los ítems de ansiedad, sentimientos de culpa, tensión y depresión, que explicó el 11,5 % de la varianza. El análisis factorial respecto a los ítems individuales de la escala PANSS a los 24 meses ofreció un cuadro distinto. Limitando nuevamente el número de factores a cinco, la separación de los factores «puros» de depresión (sentimientos de culpa y depresión) y de ansiedad (ansiedad y tensión) explicó el 7,8 y el 8,6 % de la varianza, respectivamente. La separación de los factores de depresión y de ansiedad es congruente con un previo análisis de factores PANSS en una muestra de gran tamaño constituida por pacientes con un primer episodio de psicosis (31). Aunque el ítem de preocupación somática no influyó en ninguno de los componentes, decidimos incluirlo en nuestros análisis adicionales en pos de la congruencia con la mayoría de los estudios publicados previamente (31). Así, se utilizaron tres factores PANSS: un factor de depresión/ansiedad (PANSS-D/A), un factor de depresión (PANSS-D) y un factor de ansiedad (PANSS-A).

Tal como era de esperar, al iniciar el estudio se detectaron correlaciones muy intensas entre las puntuaciones CDS y las puntuaciones PANSS-D/A, PANSS-D y PANSS-A. Sin embargo, a los 24 meses la correlación entre las puntuaciones CDS y PANSS-D seguía siendo significativa, pero no así la correlación entre las puntuaciones CDS y PANSS-A (tabla 1).

Las relaciones entre los síntomas de depresión y los demás dominios sintomáticos de la psicosis fueron evaluadas al inicio del estudio a través del análisis de las correlaciones entre los factores CDS, PANSS-D/A, PANSS-D y PANSS-A y el resto de los factores PANSS. Los resultados se muestran en la tabla 2. La única correlación significativa al inicio del estudio fue la existente entre el factor PANSS-D y el factor PANSS negativo.

En la figura 1 se muestran las modificaciones en las puntuaciones CDS a lo largo del tiempo, en los pacientes que presenta-

Tabla 1 Correlaciones entre el factor CDS y los factores PANSS-D/A, PANSS-D y PANSS-A durante la fase de psicosis aguda (inicio del estudio) y en el período pospsicótico (a los 24 meses)

	Calgary Depression Scale (CDS)			
	Inicio del estudio		A los 24 meses	
	r	p	r	p
PANSS-D/A	0,76	< 0,0001	0,53	< 0,0001
PANSS-A	0,51	< 0,0001	0,03	0,8
PANSS-D	0,83	< 0,0001	0,90	< 0,0001

PANSS-D/A: factor de depresión/ansiedad de la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS); PANSS-A: factor de ansiedad de la PANSS; PANSS-D: factor de depresión de la PANSS.

ron remisión y en los que no la presentaron. Los pacientes que alcanzaron la remisión mostraron puntuaciones CDS iniciales significativamente mayores, pero en estos pacientes los síntomas de depresión se resolvieron mediante el tratamiento con antipsicóticos. Los pacientes que no presentaron remisión mostraron puntuaciones CDS iniciales relativamente bajas, pero sus síntomas de depresión persistieron a lo largo de todo el estudio. Durante la fase de mantenimiento del tratamiento, los pacientes sin remisión mostraron, en términos generales, síntomas de depresión más intensos, y esta diferencia alcanzó significación estadística a los 18 meses, pero no en los demás momentos de evaluación.

En la tabla 3 se recogen las diferencias entre los pacientes con remisión y sin remisión respecto a las puntuaciones CDS y PANSS durante la fase psicótica aguda (inicio del estudio) y durante la fase de mantenimiento (a los 24 meses). En la fase aguda, los síntomas de depresión y ansiedad tendieron a ser más intensos en los pacientes que posteriormente mostraron remisión, con una diferencia significativa en las puntuaciones CDS. Durante la fase de mantenimiento se observó una tendencia opuesta: los pacientes que posteriormente no presentaron remisión fueron los que presentaron puntuaciones mayores.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio confirman los hallazgos previos de que los síntomas de depresión son más inten-

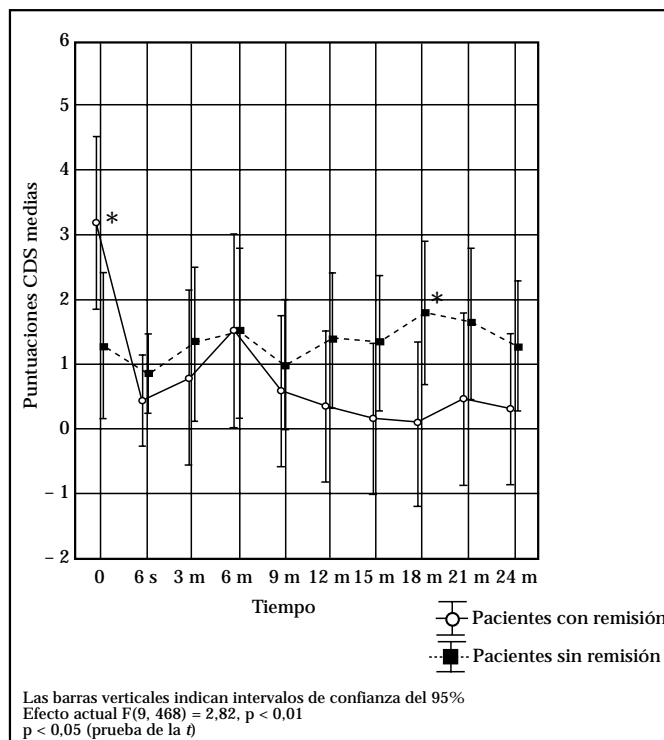


Figura 1 Modificaciones en las puntuaciones CDS a lo largo del tiempo, en los pacientes con remisión y sin remisión.

tos durante la fase psicótica aguda que a lo largo de la fase pospsicótica de la esquizofrenia (10, 15, 32, 33). La mayoría de estos síntomas desaparece al poco tiempo del inicio del tratamiento con antipsicóticos. El grado de depresión durante la fase pospsicótica es generalmente bajo, aunque estos síntomas pueden persistir o emerger en algunos pacientes.

Nuestro estudio suministra una prueba adicional de que los síntomas de depresión durante la fase psicótica aguda son indicadores pronósticos positivos (15-17, 32). Aunque con menor

Tabla 2 Correlaciones entre los factores CDS, PANSS-D/A, PANSS-D y PANSS-A y el resto de los factores PANSS al inicio del estudio

	PANSS negativo		PANSS de desorganización		PANSS positivo		PANSS de excitación	
	r	p	r	p	r	p	r	p
PANSS-D/A	0,09	0,5	-0,09	0,5	0,04	0,7	-0,04	0,8
PANSS-A	0,01	0,9	-0,13	0,3	0,03	0,8	0,01	0,9
PANSS-D	0,40	0,002	0,07	0,6	-0,03	0,8	-0,18	0,2
CDS	0,21	0,1	0,02	0,8	0,016	0,9	-0,06	0,6

CDS: Calgary Depression Scale; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; PANSS-D/A: factor de depresión/ansiedad de la PANSS; PANSS-A: factor de ansiedad de la PANSS; PANSS-D: factor de depresión de la PANSS.

Tabla 3 Puntuaciones medias CDS, PANSS-D/A, PANSS-D y PANSS-A al inicio del estudio y a los 24 meses, en los pacientes con remisión y sin remisión

	Inicio del estudio			24 meses		
	Con remisión	Sin remisión	p	Con remisión	Sin remisión	p
CDS	3,2 ± 4,1	1,3 ± 2,2	0,03	0,3 ± 0,6	1,3 ± 3,6	0,22
PANSS-D/A	11,9 ± 5,5	9,6 ± 4,3	0,09	6,6 ± 2,3	7,5 ± 3,0	0,24
PANSS-A	7,7 ± 3,3	6,4 ± 3,3	0,15	4,2 ± 1,7	4,6 ± 2,4	0,43
PANSS-D	5,8 ± 3,0	4,8 ± 2,1	0,15	3,5 ± 1,0	4,0 ± 2,4	0,3

CDS: Calgary Depression Scale; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; PANSS-D/A: factor de depresión/ansiedad de la PANSS; PANSS-A: factor de ansiedad de la PANSS; PANSS-D: factor de depresión de la PANSS.

grado de certeza, también se puede afirmar que los síntomas de depresión durante la fase pospsicótica de la enfermedad parecen asociarse a una peor evolución. De hecho, cuatro de 31 pacientes (13 %) que no presentaron remisión mostraron puntuaciones CDS ≥ 3 al final del estudio, en comparación con ninguno de los 23 pacientes que presentaron remisión. Este hallazgo es congruente con los resultados obtenidos en algunos estudios previos, en los que los síntomas persistentes de depresión se asociaron a una peor evolución (13, 14). La ausencia de una significación estadística clara en nuestro estudio podría ser debida al tamaño relativamente pequeño de la muestra evaluada.

Podría ocurrir que los síntomas de depresión que experimentan los pacientes durante el episodio psicótico agudo sean fundamentalmente diferentes de los que experimentan durante el periodo pospsicótico. Los síntomas de depresión durante la fase psicótica aguda pueden estar relacionados temporalmente con la psicosis en sí misma y mejorar a medida que se resuelven los síntomas psicóticos en respuesta al tratamiento con antipsicóticos. Por el contrario, los síntomas de depresión persistentes no responden únicamente al tratamiento con antipsicóticos y pueden requerir intervenciones terapéuticas adicionales. En este sentido, los antipsicóticos de segunda generación parecen ser más eficaces que los antipsicóticos convencionales (34). Aunque no son eficaces en el tratamiento de los síntomas de depresión en los pacientes psicóticos activos (35), puede ser eficaz un complemento con antidepresivos (36, 37) o estabilizadores del estado de ánimo (38). También se puede argumentar que, de hecho, algunos síntomas negativos persistentes pueden quedar enmascarados por los síntomas de depresión. Ello podría explicar la asociación significativa entre el factor PANSS-D y el factor PANSS negativo, observada en nuestro estudio. Además, recientemente se ha observado que los síntomas negativos responden favorablemente a la administración complementaria de antidepresivos, otro argumento que sustenta la hipótesis planteada (39).

En nuestro estudio ha quedado clara la superioridad de la escala CDS sobre la escala PANSS para la detección de síndromes de depresión. Sin embargo, es posible que ambas escalas aborden aspectos distintos. El factor PANSS-D/A puede reflejar un síndrome mixto de depresión y ansiedad, más frecuente durante la fase aguda de la psicosis, mientras que el factor PANSS-D está relacionado más estrechamente con la escala CDS y detecta un síndrome de depresión más puro. Por lo tanto, es posible que los síntomas de depresión en las fases aguda y crónica difieran no sólo temporalmente y en términos de la respuesta al tratamiento, sino también desde un punto de vista fenomenológico.

Las limitaciones de nuestro estudio son el tamaño relativamente pequeño de la muestra, las restricciones inherentes al análisis factorial (40) y el hecho de que este estudio no fue diseñado para evaluar las causas de los síntomas de depresión. Para estudiar con mayor detalle la naturaleza de los síntomas de depresión en la esquizofrenia, en los estudios que se realicen en el futuro será necesario evaluar las contribuciones relativas de factores como el estrés ambiental, el abuso de sustancias y los antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo. Mientras tanto, los clínicos deben ser conscientes de la importancia de los síntomas de depresión en la esquizofrenia y deben tratar estos síntomas activamente, en caso de persistencia.

Agradecimientos

Este estudio ha sido sufragado en parte por el Medical Research Council de Sudáfrica.

World Psychiatry 2006; 4:172-176

Bibliografía

1. Siris SG. Depression in schizophrenia: perspective in the era of "atypical" antipsychotic agents. *Am J Psychiatry* 2000;157:1379-89.
2. Siris SG, Addington D, Azorin JM et al. Depression in schizophrenia: recognition and management in the USA. *Schizophr Res* 2001;47:185-97.
3. Barnes TR, Curson DA, Liddle PF et al. The nature and prevalence of depression in chronic schizophrenic in-patients. *Br J Psychiatry* 1989;154:486-91.
4. Tollefson GD, Sanger TM, Lu Y et al. Depressive signs and symptoms in schizophrenia: a prospective blinded trial of olanzapine and haloperidol. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:250-8.
5. Van Putten T, May RP. "Akinetic depression" in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:1101-7.
6. van Putten T, May PRA. The many faces of akathisia. *Compr Psychiatry* 1975;16:43-7.
7. Birchwood M, Mason R, MacMillan F et al. Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychol Med* 1993;23:387-95.
8. Harrow M, Yonan CA, Sands JR et al. Depression in schizophrenia: are neuroleptics, akinesia, or anhedonia involved? *Schizophr Bull* 1994;20:327-38.
9. Johnson DA. Depressions in schizophrenia: some observations on prevalence, etiology, and treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1981; 64(Suppl. 291):137-44.
10. Koreen AR, Siris SG, Chakos M et al. Depression in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1993;150:1643-8.
11. Sands JR, Harrow M. Depression during the longitudinal course of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1999;25:157-71.
12. Roy A, Thompson R, Kennedy S. Depression in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1983;142:465-70.
13. McGlashan TH, Carpenter WT Jr. Postpsychotic depression in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:231-9.
14. Mandel MR, Severe JB, Schooler NR et al. Development and prediction of postpsychotic depression in neuroleptic-treated schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:197-203.
15. Kay SR, Lindenmeyer J. Outcome predictors in acute schizophrenia: prospective significance of background and clinical dimensions. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:152-60.
16. Emsley RA, Oosthuizen PP, Joubert AF et al. Depressive and anxiety symptoms in patients with schizophrenia and schizophreniform disorder. *J Clin Psychiatry* 1999;60:747-51.
17. Oosthuizen P, Emsley RA, Roberts MC et al. Depressive symptoms at baseline predict fewer negative symptoms at follow-up in patients with first-episode schizophrenia. *Schizophr Res* 2002;58: 247-52.
18. Falloon I, Watt DC, Shepherd M. The social outcome of patients in a trial of long-term continuation therapy in schizophrenia: pimozide vs. fluphenazine. *Psychol Med* 1978;8:265-74.
19. Peuskens J. Risperidone in the treatment of patients with chronic schizophrenia: a multinational, multicentre, double-blind, parallel-group study versus haloperidol. *Br J Psychiatry* 1995;166:712-26.
20. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Assessing depression in schizophrenia: the Calgary depression scale. *Br J Psychiatry* 1993;163:S39-S44.
21. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E et al. Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res* 1992;6:201-8.
22. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenics. *Schizophr Res* 1994; 11:239-44.
23. Addington D, Addington J, Atkinson M. A psychometric comparison of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia and the Hamilton Depression Rating Scale. *Schizophr Res* 1996;19:205-12.
24. Collins AA, Remington G, Coulter K et al. Depression in schizophrenia: a comparison of three measures. *Schizophr Res* 1996;20: 205-9.
25. Lancon C, Auquier P, Reine G et al. Evaluation of depression in schizophrenia: psychometric properties of a French version of the Calgary Depression Scale. *Psychiatry Res* 1999;89:123-32.
26. El Yazaji M, Battas O, Agoub M et al. Validity of the depressive dimension extracted from principal component analysis of the

- PANSS in drug-free patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2002;56:121-7.
27. Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry* 2005;162:441-9.
 28. Oosthuizen P, Emsley RA, Turner J et al. Determining the optimal dose of haloperidol in first-episode psychosis. *J Psychopharmacol* 2001;15:251-5.
 29. First MB, Spitzer RL, Gibbon M et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Patient Edition (SCID-P), version 2. New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research, 1994.
 30. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:261-7.
 31. Emsley R, Rabinowitz J, Torremans M. The factor structure for the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in recent-onset psychosis. *Schizophr Res* 2003;61:47-57.
 32. Siris SG. Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: implications for DSM-IV. *Schizophr Bull* 1991;17:75-98.
 33. Addington J, Leriger E, Addington D. Symptom outcome 1 year after admission to an early psychosis program. *Can J Psychiatry* 2003;48:204-7.
 34. Emsley RA, Buckley P, Jones AM et al. Differential effect of quetiapine on depressive symptoms in patients with partially responsive schizophrenia. *J Psychopharmacol* 2003;17:210-5.
 35. Kramer MS, Vogel WH, DiJohnson C et al. Antidepressants in 'depressed' schizophrenic inpatients. A controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:922-8.
 36. Siris SG, Adan F, Cohen M et al. Targeted treatment of depression-like symptoms in schizophrenia. *Psychopharmacol Bull* 1987;23:85-9.
 37. Mazeh D, Shahal B, Saraf R et al. Venlafaxine for the treatment of depressive episode during the course of schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2004;24:653-5.
 38. Hogarty GE, McEvoy JP, Ulrich RF et al. Pharmacotherapy of impaired affect in recovering schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:29.
 39. Jockers-Scherubl MC, Bauer A, Godemann F et al. Negative symptoms of schizophrenia are improved by the addition of paroxetine to neuroleptics: a double-blind placebo-controlled study. *Int Clin Psychopharmacol* 2005;20:27-31.
 40. Peralta V, Cuesta MJ. How many and which are the psychopathological dimensions in schizophrenia? Issues influencing their ascertainment. *Schizophr Res* 2001;49:269-85.

Comprensión del término «esquizofrenia» por parte de la sociedad británica

JASON LUTY¹, DANIEL FEKADU², ARUN DHANDAYUDHAM³

¹The Taylor Centre, Queensway House, Essex Street, Southend on Sea, Essex SS4 1RB, UK

²King's College London, Institute of Psychiatry, London SE5 8AF, UK

³Northamptonshire Drug and Alcohol Service, Spring House, 39 Billing Road, Northampton NN1 5BA, UK

Se remitió por correo una encuesta a una muestra representativa de adultos británicos. Se preguntó a los participantes: «¿Qué entiende usted por el término "esquizofrenia"?» Se recibieron 404 cuestionarios completados (índice de respuesta: 81 %). El 42 % de las personas que respondieron señaló al menos uno de los síntomas principales de la esquizofrenia o hizo una descripción que se aproximaba razonablemente a alguna de las características diagnósticas de la esquizofrenia recogidas en la CIE-10. El 40 % mencionó los términos de personalidad «dividida» o «múltiple». El 38 % de los encuestados describió alucinaciones auditivas o que los pacientes «oyen voces». El 15 % mencionó «ideas delirantes» o describió síntomas de pasividad. Sólo el 6 % de los encuestados mencionó la violencia en su respuesta.

Palabras clave: Esquizofrenia, comprensión de la sociedad, educación pública

Según la clasificación de la CIE-10 de trastornos mentales y de la conducta, la esquizofrenia se caracteriza por alteraciones graves del pensamiento, la percepción y el afecto, sobre un trasfondo de conciencia e intelecto claros. A pesar de que en algunas oportunidades se ha evidenciado preocupación ante una difusión errónea por parte de los medios de las características de las enfermedades mentales graves como la esquizofrenia, se ha detectado una tendencia positiva en la comprensión de esta enfermedad por parte de la sociedad (1). El objetivo de nuestro estudio ha sido determinar la comprensión del término «esquizofrenia» por parte de la sociedad británica.

MÉTODOS

El estudio se ha llevado a cabo sobre una muestra representativa de 500 adultos británicos seleccionados a partir de un grupo de 1.000 personas que participaron un estudio previo en el que se utilizaron para su reclutamiento anuncios remitidos por correo o publicados en los periódicos locales (2). Se solicitó a los participantes que respondieran mediante una frase o descripción cortas a la siguiente pregunta: «¿Qué entiende usted por el término "esquizofrenia"?».

Las respuestas fueron clasificadas en 11 categorías distintas, según se muestra en la tabla 1. Se consideró que las descripciones razonables de «esquizofrenia» fueron aquellas que incluían algunos de los síntomas o características diagnósticas principales recogidos en la CIE-10: alucinaciones auditivas o visuales, trastorno del pensamiento, ideas delirantes y experiencias de pasividad. Las respuestas que brindaban una descripción simple de estos síntomas clínicos también fueron consideradas razonables, como el hecho de oír voces o ver cosas, la desconexión de la realidad, la pérdida del contacto con la realidad o la sensación de ser controlado por alguna fuerza externa. La expresión de «personalidad dividida» no fue aceptada como una descripción razonable de la esquizofrenia. Otras descripciones frecuentes que tampoco fueron aceptadas como razonables fueron las de personalidad inestable o múltiple, «paranoia», «enfermedad mental» o «trastorno mental», así como tampoco cualquier otro trastorno relativo a la alteración del «estado de ánimo», la «emoción» o la «personalidad», ni cualquier referencia a la violencia física. No esperábamos que los encuestados ofrecieran una descripción que distinguiera la esquizofrenia de otros trastornos psicóticos.

RESULTADOS

Se recibieron 404 cuestionarios completados adecuadamente (índice de respuesta: 81 %). Otros tres cuestionarios fueron ilegibles y, por lo tanto, descartados. La edad media de los encuestados que respondieron fue de 44,7 ± 1,4 años; el 37 % era de sexo masculino; el 58 % tenía un trabajo remunerado, y el resto estaba jubilado, estaba desempleado, era estudiante o trabajaba como ama de casa. La edad media de abandono de la educación a tiempo completo fue 18,6 ± 0,5 años, con una media de 16 años.

El 42 % de los encuestados mencionó al menos uno de los síntomas de primer orden de la esquizofrenia u ofreció una descripción que se aproximó razonablemente a las características diagnósticas recogidas en la CIE-10. El 40 % mencionó la «personalidad dividida» o la «personalidad múltiple»; el 38 % mencionó las alucinaciones auditivas o el hecho de que los pacientes «oían voces»; el 15 % mencionó las «ideas delirantes» o describió experiencias de pasividad. Sólo el 6 % mencionó la violencia en su descripción (tabla 1). Ninguno de los encuestados hizo ninguna indicación respecto a que la duración de los síntomas fuera un criterio necesario para justificar el diagnóstico de esquizofrenia.

Tabla 1 Características diagnósticas de la esquizofrenia mencionadas por la sociedad británica

Personalidad dividida/múltiple/inestable	58 %
Alucinaciones auditivas/«oír voces»	88 %
Trastorno o enfermedad mental	21 %
Ideas delirantes/experiencias de pasividad	15 %
Estado de ánimo inestable/desequilibrio emocional	10 %
«Paranoia»	7 %
Alucinaciones visuales/«ver cosas»	6 %
Violencia	6 %
Trastorno del pensamiento	5 %
Psicosis/desconexión de la realidad	4 %
Otras formas de conducta alterada (distintas de la violencia)	4 %
Al menos un síntoma de primer orden o un síntoma diagnóstico razonable	42 %

DISCUSIÓN

Con independencia de su formación en una facultad de medicina determinada, muchos psiquiatras utilizan un mapa mental de los síntomas de primero y segundo orden de Schneider como herramienta de detección. Es interesante el hecho de que un número sustancial de los participantes legos de nuestra encuesta pudo identificar claramente la mayoría de estos síntomas. De las 11 categorías utilizadas para agrupar las descripciones de los participantes, cinco se referían a las características principales del diagnóstico de la esquizofrenia. La más frecuente fue la de alucinaciones auditivas (38 %).

Hay una cierta incongruencia en los resultados obtenidos en los estudios de investigación que se efectúan sobre grupos de personas legas respecto a la medicina. En un estudio efectuado en Estados Unidos en el que se compararon 542 personas con profesionales de la salud mental se observó una gran diferencia en las percepciones y creencias relativas a la esquizofrenia, de manera que las personas legas consideraron que constituía un conjunto emocional de síntomas de origen psicosocial cuya eliminación daría lugar a una mejoría de los pacientes (3). En estudios efectuados en Kuwait, Taiwán y Japón (4, 5) se han obtenido resultados similares. Por el contrario, en un estudio efectuado en Suiza sobre una muestra representativa de la población constituida por 844 participantes se observó un índice de interpretación correcta de dibujos del 73,6 % (6). Nuestro estudio fue muy particular, pues no se utilizaron dibujos y los índices de reconocimiento fueron

intermedios entre los extremos observados en los estudios señalados.

Nuestros datos subrayan la importancia de proporcionar educación sanitaria acerca de los trastornos mentales y efectuar posteriormente investigaciones para verificar la comprensión de la sociedad acerca de esta temática.

World Psychiatry 2006; 4:177-178

Bibliografía

1. Gelder M, Lopez-Ibor JJ, Andreasen NC. New Oxford textbook of psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2000.
2. Luty J, Fekadu D, Umoh O et al. Validation of a short instrument to measure stigmatised attitudes towards mental illness. *Psychiatr Bull* 2006;30:257-9.
3. Wahl OF. Public vs. professional conceptions of schizophrenia. *J Commun Psychol* 1987;15:285-91.
4. Eid S, Alzayed A. Knowledge of symptoms and treatment of schizophrenia and depression among Kuwaiti population. *Arab J Psychiatry* 2005;16:96-9.
5. Kurumatani T, Ukawa K, Kawaguchi Y et al. Teachers' knowledge, beliefs and attitudes concerning schizophrenia: a cross-cultural approach in Japan and Taiwan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:402-9.
6. Lauber C, Nordt C, Falcato L et al. Do people recognise mental illness? Factors influencing mental health literacy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003;253:321-9.

Atlas de salud mental de la Organización Mundial de la Salud 2005: implicaciones para el desarrollo de normativas políticas

SHEKHAR SAXENA¹, PRATAP SHARAN², MARCO GARRIDO CUMBRERA¹, BENEDETTO SARACENO¹

¹Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland

²Department of Psychiatry, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India

En 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la segunda edición del Atlas de la salud mental, con información revisada y actualizada de la salud mental en los distintos países. Las fuentes de información fueron los departamentos de salud mental de los distintos ministerios de sanidad, la bibliografía publicada y los informes no publicados remitidos a la OMS. Los resultados demuestran que los recursos globales dedicados a la salud mental siguen siendo escasos y manifiestamente insuficientes para responder a las acuciantes necesidades. Además, el Atlas revisado demuestra que la mejoría conseguida en el período 2001-2004 ha sido muy pequeña. Los desequilibrios entre los países pertenecientes a los grupos de diferente producto interior bruto siguen siendo prácticamente los mismos. Se necesita urgentemente incrementar los recursos dedicados a la salud mental, especialmente en los países de producto interior bruto bajo e intermedio.

Palabras clave: Salud mental, política de salud mental, servicios de salud mental, desigualdades, recursos humanos, países en vías de desarrollo, indicadores de salud mental

Si se desea cambiar la escasa prioridad otorgada a la salud mental en el conjunto de la asistencia sanitaria, es necesario obtener información fiable relativa a los recursos y servicios de salud mental, a fin de resolver las necesidades en esta área, determinar las situaciones de desigualdad e identificar las prioridades, con el objetivo de planificar los servicios de salud mental (1). Esta información es necesaria de manera urgente debido a que los trastornos mentales muestran una elevada prevalencia y a que éstos pueden causar un alto grado de sufrimiento y de problemas tanto a los pacientes como a sus familias.

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) inició el proyecto Atlas de salud mental (Mental Health Atlas) para cubrir la deficiencia de información global relativa a los recursos y servicios de salud mental (2). Los objetivos de este proyecto fueron la recogida, la compilación y la difusión de información global correspondiente a los recursos y servicios de salud mental existentes en todos los países (3-6).

En 2005 la OMS publicó la segunda edición del Atlas (7), en la que se recogía información revisada y actualizada de todos los países. Los ministerios de sanidad de cada país ofrecieron la información relativa a las normativas políticas, los programas, la financiación y los indicadores de recursos de salud mental (camas, personal, servicios dirigidos a grupos de población con necesidades especiales y disponibilidad de medicamentos). La triangulación de los datos se llevó a cabo a través de una exhaustiva búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline y Embase Psychiatry, referente a los recursos de salud mental existentes en los países con producto interior bruto bajo e intermedio, y también en los documentos recibidos de los distintos países, en los informes de campo realizados por el personal de la OMS, en los datos de campo obtenidos por las Oficinas regionales de la OMS y en la información ofrecida por los expertos y las sociedades miembro de la WPA. Finalmente, toda la información fue verificada en los ministerios de sanidad de los respectivos países.

El Atlas de salud mental de 2005 cubre los 192 Estados miembro de la OMS y 11 Miembros asociados, Áreas y Territorios. Esta cobertura representa aproximadamente el 99 % de la población mundial. No obstante, los resultados presentados en el Atlas 2005 tienen algunas limitaciones. A pesar de que se han hecho todos los esfuerzos para conseguir información de todas las variables en todos los países, algunos de éstos no han aportado detalles específicos sobre algunas cuestiones puntuales. Las razones más habituales para la omisión de datos han sido el hecho de que algunos de los datos simplemente no existen en los países afectados

o que en muchos países es imposible obtener cifras nacionales precisas debido a su organización descentralizada.

En nuestro análisis se aborda el patrón de los resultados desde la perspectiva de los grupos establecidos por el Banco Mundial en función del producto interior bruto (PIB) de los distintos países. Los 197 Estados miembro, los Miembros asociados, Áreas y Territorios de la OMS contemplados por el Banco Mundial constituyen el universo de nuestro informe.

SITUACIÓN ACTUAL

Política y legislación en salud mental

Tal como se puede observar en la tabla 1, existen políticas específicas de salud mental en el 63,1 % de los países. Hay políticas de salud mental en el 50,8, 69,1, 65,7 y 70,5 % de los países con PIB bajo, intermedio-bajo, intermedio-alto y alto, respectivamente. Es evidente, pues, que los países con un PIB bajo están bastante retrasados. En la mayoría de los países que han implementado políticas de salud mental se han incorporado en ellas componentes esenciales como el tratamiento, la prevención, la rehabilitación, la promoción y la defensa de la salud mental. Aproximadamente, en el 78 % de los países existe una legislación en el campo de la salud mental, aunque hay grandes disparidades entre los países en función del PIB, de manera que el 92,7 % de los países con un PIB elevado posee una legislación específica de salud mental, mientras que este porcentaje es del 69,2 % y del 74 % en los países con PIB intermedio-bajo y bajo, respectivamente. La legislación relativa al abuso de sustancias presenta una disparidad todavía mayor: existe en el 55 y en el 86,4 % de los países con PIB bajo y alto, respectivamente. Asimismo, las provisiones respecto a la cobertura por parte del Estado de los cuadros de discapacidad que sufren las personas con enfermedades mentales son efectivas en sólo el 55,2 % de los países con PIB bajo y en el 100 % de los países con PIB alto.

La mayor parte de la legislación y de la normativa política referida a la salud mental es relativamente reciente. Desde el decenio de 1990, el 63 % de los países ha desarrollado sus políticas de salud mental, el 57 % ha promulgado la legislación existente, y el 62 % ha desarrollado medidas legislativas respecto al abuso de sustancias. Sin embargo, el 14 % de las legislaciones (la mitad de ellas en los países con PIB bajo) data de antes de 1960, cuando todavía no existían muchos de los eficaces métodos actuales para el trata-

Tabla 1 Iniciativas políticas, servicios y recursos relativos a la salud mental en los distintos países, según los grupos de PIB (datos del Banco Mundial)

	PIB bajo	PIB intermedio-bajo	PIB intermedio-alto	PIB alto	Total
<i>Iniciativas políticas y legislación</i>					
Políticas de salud mental (n = 195) (%)	50,8	69,1	65,7	70,5	63,1
Legislación sobre salud mental (n = 173) (%)	74,0	69,2	81,3	92,7	78,3
Políticas sobre abuso de sustancias (n = 194) (%)	55,0	74,1	72,2	86,4	70,6
Atención a los discapacitados (n = 190) (%)	55,2	87,0	80,0	100	78,9
<i>Presupuesto y financiación</i>					
Presupuesto específico para la salud mental (n = 190) (%)	70,2	63,6	77,1	74,4	70,5
Presupuesto para la salud mental como porcentaje del presupuesto sanitario (n = 101) (mediana)	1,0	2,1	3,0	6,8	2,5
Método más habitual de financiación de la asistencia psiquiátrica (n = 186) (%)					
- A través de los impuestos	15,1	19,9	12,4	15,6	63,0
- Pago por parte del consumidor	12,9	4,3	0	0	17,2
- Seguridad social	0	2,2	5,9	7,0	15,1
<i>Asistencia comunitaria y primaria</i>					
Asistencia comunitaria para la salud mental (n = 189) (%)	51,7	52,8	88,6	93,0	68,3
Asistencia primaria para la salud mental (n = 194) (%)	76,3	87,3	100	93,2	87,6
Centros para el tratamiento de las enfermedades mentales graves en la asistencia primaria (n = 192) (%)	55,2	45,5	71,4	79,5	60,9
Formación del personal asistencial del nivel primario (n = 191) (%)	60,3	60,0	52,8	61,9	59,2
<i>Camas por 10.000 personas de la población general</i>					
Todas las camas psiquiátricas (n = 190) (mediana)	0,2	1,6	7,5	7,0	1,7
Camas psiquiátricas hospitalarias (n = 182) (mediana)	0,2	1,4	4,8	4,3	1,0
Camas hospitalarias generales (n = 178) (mediana)	0,04	0,1	0,6	1,2	0,2
<i>Profesionales de salud mental por cada 100.000 personas de la población general</i>					
Psiquiatras (n = 187) (mediana)	0,1	1,0	2,7	9,2	1,5
Enfermeros psiquiátricos (n = 176) (mediana)	0,2	1,1	5,3	31,8	2,2
Psicólogos (n = 177) (mediana)	0,04	0,6	1,8	11,0	0,7
Asistentes sociales (n = 168) (mediana)	0	0	2,0	18,0	0
<i>Programas de salud mental dirigidos hacia grupos de población con necesidades especiales</i>					
Niños (n = 186) (%)	34,5	74,1	74,3	86,4	64,9
Ancianos (n = 184) (%)	17,9	51,9	65,7	81,8	51,3
Grupos minoritarios (n = 187) (%)	5,3	13,0	12,1	37,2	16,0
Grupos indígenas (n = 187) (%)	7,0	20,4	18,2	20,9	16,0
<i>Sistemas de supervisión de los servicios de salud mental</i>					
Sistema de información (n = 190) (%)	62,1	81,8	82,9	81,0	75,8

miento de los trastornos mentales y cuando la concepción actual de los derechos humanos estaba todavía en fase de desarrollo.

Presupuesto y financiación de la salud mental

A pesar de la importancia del presupuesto para salud mental dentro del presupuesto sanitario total en algunos casos, aproximadamente el 30 % de los países carece de un presupuesto específico para la asistencia en salud mental. De los 101 países que comunicaron su presupuesto para salud mental, el 25 % dedica a éste menos del 1 % del presupuesto sanitario total. Los porcentajes medios de los presupuestos sanitarios dedicados a la salud mental en los países con PIB bajo, intermedio-bajo, intermedio-alto y alto son del 1, 2,1, 3 y 6,8 %, respectivamente. Dedican a la salud mental menos del 1 % de su presupuesto sanitario aproximadamente el 47, el 30, el 9 y el 5 % de los países con PIB bajo, intermedio-bajo, intermedio-alto y alto (fig. 1). Por el contrario, más de las tres cuartas partes de los países con PIB alto dedica más del 5 % de su presupuesto sanitario total a la salud mental, en comparación con aproximadamente la tercera parte de los países con PIB intermedio-alto y la quinta parte de los países con PIB bajo e intermedio-bajo. En varios países hay una necesidad clara de incremento de la asignación de recursos a la salud mental, y esta posibilidad es factible en los países con PIB intermedio-alto y alto.

El análisis del porcentaje del presupuesto sanitario total dedicado a la salud mental en función del PIB demuestra que los países con un PIB mayor tienden a destinar porcentajes mayores de su presupuesto sanitario total a la salud mental. Esta relación se confirma a través de una línea de tendencia logarítmica (fig. 2) e ilustra la doble desventaja que sufre la salud mental en los países con PIB bajo: estos países dedican, incluso proporcionalmente, un presupuesto menor a la salud mental.

En el 63 % de los países la financiación de la salud mental se lleva a cabo a través de los impuestos. Sin embargo, la proporción de la asistencia cubierta por los sistemas basados en los impuestos puede variar en los distintos países. Otros métodos para la financiación de la salud mental son: el pago por el consumidor, en el 17,2 % de los países; la seguridad social, en el 15,1 %; las subvenciones externas, en el 3 %, y las compañías privadas de seguro, en el 2 % de los países. Todos los países en los que el método principal de financiación de la salud mental es el pago por parte de los consumidores pertenecen a las categorías de PIB bajo e intermedio-bajo. Por otra parte, casi todos los países en los que la financiación de la salud mental procede, predominantemente, de la seguridad social pertenecen a las categorías de PIB alto o intermedio-alto.

El pago directo por parte de los consumidores es un método insatisfactorio, debido a que los trastornos mentales graves pueden acarrear un coste económico muy importante. La asistencia en salud mental debería ser financiada preferiblemente a través

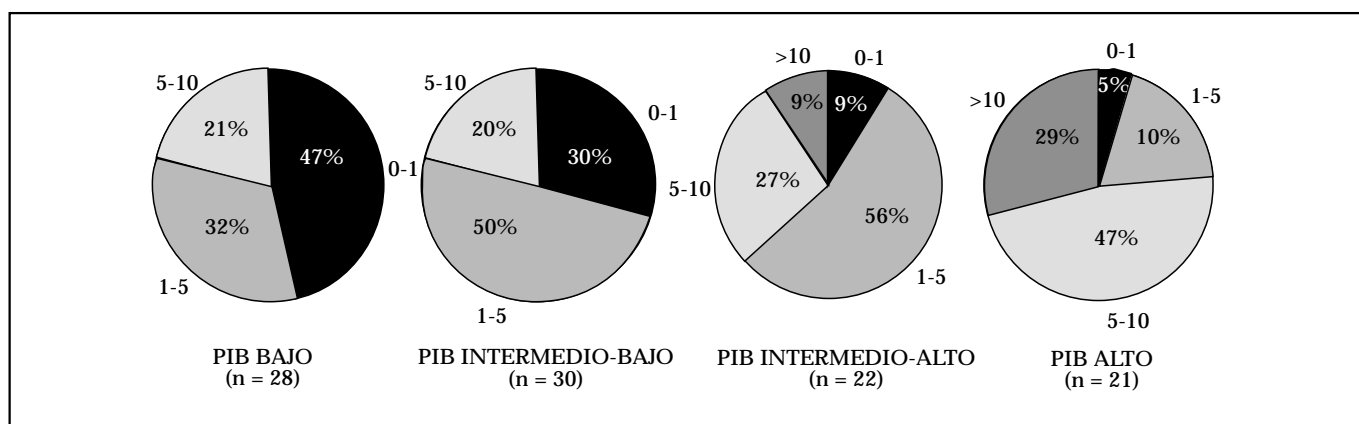


Figura 1 Porcentaje del presupuesto sanitario total dedicado a la salud mental por los países pertenecientes a los distintos grupos de PIB (n = 101).

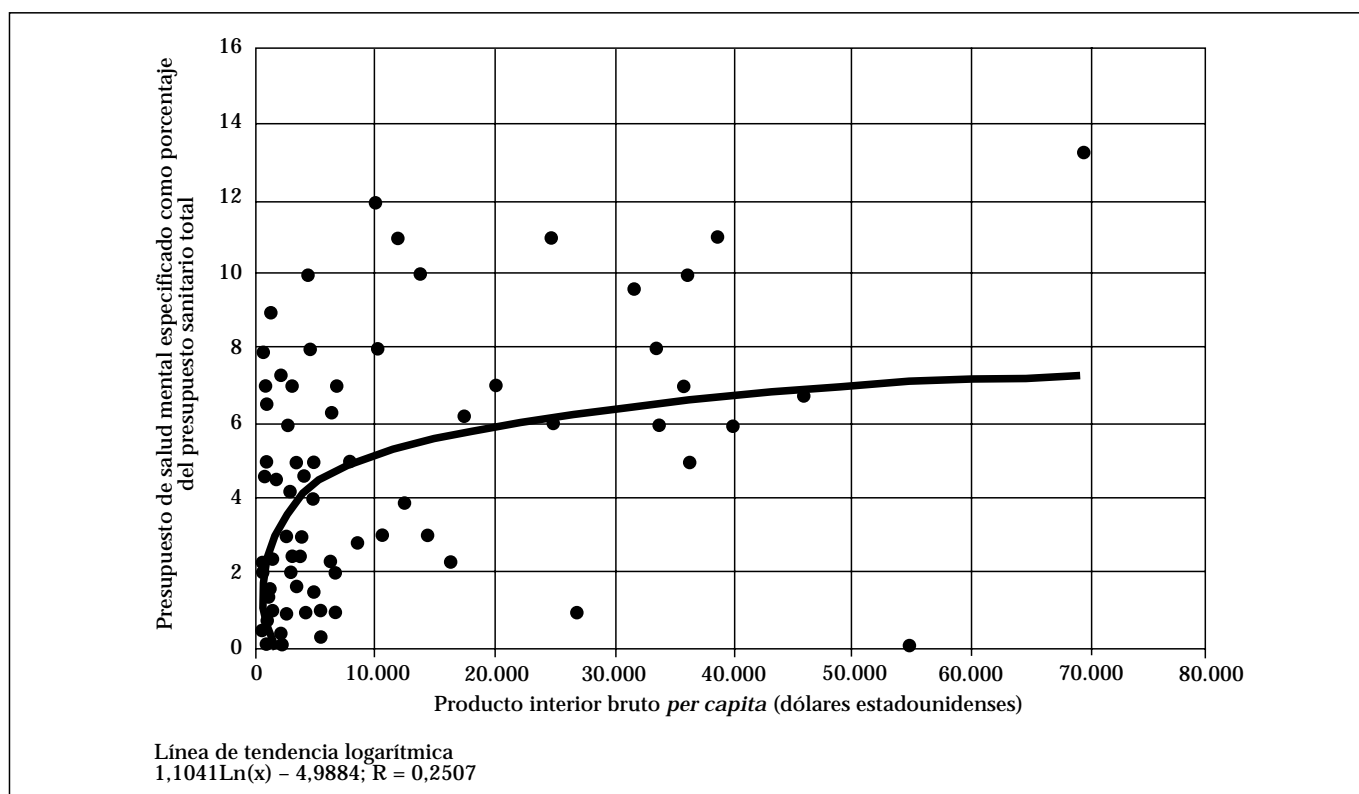


Figura 2 Presupuesto de salud mental especificado como proporción del presupuesto sanitario total según el producto interior bruto *per capita* (n = 101).

de los impuestos o de la seguridad social. Las compañías privadas de seguros tampoco favorecen la equidad, debido a que atienden fundamentalmente a las capas más prósperas de la sociedad y a que presentan limitaciones mayores en la cobertura de la enfermedad mental que en la de la enfermedad somática.

Asistencia psiquiátrica comunitaria

En conjunto, el 68,3 % de los países señala poseer al menos algunos centros de asistencia comunitaria para la salud mental. Estos centros existen sólo en el 51,7 % de los países con PIB bajo y

en el 93 % de los países con PIB alto. Sin embargo, la amplitud de la cobertura de la asistencia comunitaria y su calidad son muy variables.

Es necesario un desarrollo adicional de los servicios de carácter comunitario, debido a que estos servicios pueden facilitar una intervención terapéutica temprana y limitar el estigma que acompaña al tratamiento. La asistencia comunitaria también es mejor que la hospitalaria en cuanto al curso de la enfermedad y a la calidad de vida de las personas que sufren trastornos mentales crónicos. El paso de los pacientes desde los hospitales psiquiátricos a la asistencia comunitaria es una medida económicamente rentable y respetuosa de los derechos humanos.

Centros de salud mental en el nivel asistencial primario

La salud mental en el nivel asistencial primario puede ser definida como la provisión de servicios preventivos y curativos básicos en salud mental en el primer nivel del sistema asistencial sanitario. En muchos países, esta asistencia es realizada por un profesional no especializado que puede remitir los casos complejos a especialistas en salud mental. La mayoría de los trastornos mentales se puede tratar de manera eficaz en el nivel asistencial primario en los casos en los que existen los recursos adecuados para ello. El paso de la asistencia en salud mental al nivel asistencial primario también es útil para reducir el estigma, mejorar el diagnóstico y el tratamiento tempranos, conseguir una mayor rentabilidad económica y compensar parcialmente las limitaciones de los recursos de salud mental a través del uso de los recursos comunitarios (1).

Existen centros de salud mental en el nivel asistencial primario en el 87,6 % de los países. Sin embargo, sólo el 60,9 % de los países señala que ofrece realmente una atención terapéutica en el nivel asistencial primario a los pacientes que sufren trastornos mentales graves. Únicamente el 45,5 y el 55,2 % de los países con PIB intermedio-bajo y bajo, respectivamente, ofrece en el nivel asistencial primario tratamiento a los pacientes que sufren enfermedades mentales graves, en comparación con el 79,5 % de los países con PIB alto. Entre la mitad y las tres quintas partes de los países en los distintos grupos de PIB ofrece actividades formativas para el personal asistencial del nivel primario. Obviamente, ésta es un área en la que están indicadas las iniciativas concertadas entre los distintos países del mundo.

Camas psiquiátricas

Hay en todo el mundo aproximadamente 1,84 millones de camas psiquiátricas, aunque en el 39 % de los países existe menos de una cama psiquiátrica por cada 10.000 personas de la población general. Esta proporción se observa en el 85 % de los países con PIB bajo y en el 36 % de los países con PIB intermedio-bajo, en comparación con el 11 % y el 5 % de los países con PIB intermedio-alto y alto, respectivamente. El número medio de camas psiquiátricas por cada 10.000 personas de la población general en los países con PIB bajo, intermedio-bajo, intermedio-alto y alto es del 0,2, 1,6, 7,5 y 7 %, respectivamente.

Globalmente, el 72 % de las camas psiquiátricas se localiza en los hospitales psiquiátricos, y el resto, en otros ámbitos, incluyendo las unidades de Psiquiatría de los hospitales generales y los servicios comunitarios. En los países con PIB bajo e intermedio, el 74-83 % de las camas psiquiátricas se localiza en los hospitales psiquiátricos, en comparación con el 64 % en los países con PIB alto. Las bajas cifras existentes en los países con PIB alto en comparación con los países cuyo PIB es bajo o intermedio atestiguan la tendencia hacia la desinstitucionalización existente en los primeros.

La asistencia comunitaria es el contexto más apropiado para el tratamiento de los pacientes que sufren trastornos mentales. Sin embargo, los centros hospitalarios son esenciales para el abordaje inicial de los pacientes que sufren trastornos mentales agudos. Son necesarias iniciativas para reducir el número de camas psiquiátricas hospitalarias y para crear más centros en los hospitales generales y centros de rehabilitación comunitarios para enfermos crónicos.

Recursos humanos

El número medio de psiquiatras por cada 100.000 personas de la población general oscila entre 0,1 en los países con PIB bajo y 9,2 en los países con PIB alto. Las dos terceras partes de los paí-

ses con PIB bajo y la décima parte de los países con PIB intermedio-bajo presentan menos de 1 psiquiatra por cada 100.000 personas de la población general, mientras que ningún país con PIB intermedio-alto o alto presenta menos de 1 psiquiatra por cada 100.000 personas.

El número medio de enfermeros psiquiátricos por cada 100.000 personas de la población general oscila entre 0,2 en los países con PIB bajo y 31,8 en los países con PIB alto. Casi el 47 % de los países con PIB bajo y el 25 % de los países con PIB intermedio-bajo tienen menos de 1 enfermero psiquiátrico por cada 100.000 personas de la población general, en comparación con menos del 3 % en los países con PIB intermedio-alto y alto.

El número medio de psicólogos que trabajan en salud mental por cada 100.000 personas de la población general oscila entre 0,04 en los países con PIB bajo y 11 en los países con PIB alto. Aproximadamente, hay menos de 1 psicólogo por cada 100.000 personas de la población general en el 69, el 24 y el 11 % de los países con PIB bajo, intermedio-bajo y alto, respectivamente, mientras que ninguno de los países con PIB alto presenta menos de 1 psicólogo por cada 100.000 personas.

El número medio de asistentes sociales que ejercen en salud mental por cada 100.000 personas de la población general oscila entre 0 en los países con PIB bajo e intermedio-bajo y 18 en los países con PIB alto. Aproximadamente, en el 66 % de los países con PIB bajo y en el 38 % de los países con PIB intermedio-bajo hay menos de 1 asistente social por cada 100.000 personas de la población general, una proporción que se observa en menos del 4 % de los países con PIB intermedio-alto y alto.

Es evidente la escasez de profesionales de la salud mental en todo el mundo, aunque también en este aspecto hay grandes variaciones entre los distintos países. Los profesionales de la salud mental constituyen la columna vertebral del sistema asistencial de la salud mental. Su participación no sólo es necesaria en el contexto asistencial sino también en los ámbitos de elaboración de normativas políticas, administración y formación de otros profesionales. Por lo tanto, el incremento del número de profesionales de la salud mental representa un imperativo político urgente.

Programas asistenciales dirigidos hacia los grupos de población especiales

Los programas asistenciales dirigidos hacia los grupos de población especiales son los que abordan los problemas de salud mental (incluyendo la integración social) de los grupos de la población más vulnerables y con mayor tendencia al padecimiento de enfermedades mentales. Los programas dirigidos hacia los grupos de población indígenas (16 %) y hacia los grupos minoritarios (16 %) sólo existen en un número muy reducido de países. Los programas dirigidos hacia los ancianos existen en el 51,3 % de los países, y los dirigidos hacia los niños, en el 64,9 %.

Hay un gradiente importante entre los países con PIB bajo, intermedio y alto respecto a la provisión de servicios dirigidos hacia grupos de población especiales. Incluso en los países que poseen programas de este tipo, su calidad no es un informe y su cobertura no es universal. En la mayoría de los países con PIB bajo e intermedio sólo existen programas en algunos pocos centros o áreas especializados. Es necesario tomar medidas urgentes destinadas a satisfacer las necesidades de salud mental de los grupos de población vulnerables y a reducir las desigualdades en la provisión de los servicios de salud mental.

Sistemas de información en salud mental

El 75,8 % de los países del mundo posee sistemas de información sobre salud mental con actualizaciones anuales, aunque su

calidad y su ámbito de cobertura muestran variaciones muy importantes. Aproximadamente, las tres quintas partes de los países con PIB bajo y las cuatro quintas partes de los países con PIB intermedio-alto e intermedio ha informado de la existencia de este tipo de sistemas.

Es necesario mejorar el seguimiento y el control del estado de salud mental en las distintas comunidades, a fin de incluir en los sistemas de información de los distintos países datos sobre el número de personas que sufren enfermedades mentales, la calidad de la asistencia que reciben y otras estimaciones más generales de la salud mental. El seguimiento y el control pueden ser útiles para evaluar la eficacia de los programas de prevención y tratamiento de la salud mental, y también para reforzar los argumentos a favor de la provisión de más recursos.

PROGRESOS ENTRE 2001 Y 2004

La comparación de los datos obtenidos en los años 2001 y 2004 es apropiada y necesaria para evaluar las modificaciones que tienen lugar a lo largo del tiempo. Algunos de los cambios en los datos han sido debidos a la mejora en los métodos de obtención de la información. En 2004 hubo muchos países que respondieron a preguntas a las que habían sido incapaces de responder en 2001 y, además, se añadieron unos cuantos Estados miembro.

En conjunto, se observa un incremento marginal en el número de países con normativas políticas y legislación relativas a la salud mental. La mayoría de los países posee alguna forma de cobertura de las personas con discapacidad.

Se ha observado una tendencia preocupante en la financiación de la asistencia sanitaria psiquiátrica. En los países con PIB intermedio-bajo se produjo una disminución en la participación de la seguridad social (- 8,9 %) y un incremento en la participación de las compañías privadas de seguro sanitario (+ 8 %), mientras que en los países con PIB alto hubo una disminución en la participación de la seguridad social (- 8,3 %).

En 2004 fue mayor el número de países que ofrecía servicios de salud mental comunitarios. Este cambio fue mayor en los países con PIB intermedio-alto (+ 13,8 %). En estos países se observó también un incremento (+ 6 %) de la disponibilidad de servicios de salud mental en el nivel asistencial primario.

El número medio de camas psiquiátricas por cada 10.000 personas de la población general disminuyó en los países con PIB alto (- 1,2 por cada 10.000 personas de la población general) y aumentó en los países con PIB intermedio, especialmente en los países con PIB intermedio-alto (+ 2,3 por cada 10.000 personas de la población general). Se produjo una disminución en la proporción de camas hospitalarias psiquiátricas en comparación con todas las camas psiquiátricas (- 11,7 %) en los países con PIB bajo. Además, también se observó una tendencia global hacia el incremento (+ 3,9 %) en la proporción de camas psiquiátricas en los hospitales, en proporción al número total de camas psiquiátricas.

En conjunto, se produjo un incremento en el número de profesionales de salud mental. Este incremento fue mayor en el número de psicólogos que participan en la salud mental (mediana = + 0,2 por cada 100.000 personas de la población general), especialmente en los países con PIB intermedio-alto (+ 1,10), así como en el número de asistentes sociales que participan en la asistencia psiquiátrica (media = + 0,1 por cada 100.000 personas de la población general). También se observó un incremento en el número medio de psiquiatras por cada 100.000 personas de la población general en los países con PIB alto (+ 1,5), así como una disminución global en el número de países con menos de 1 psiquiatra (- 5,1 %) y menos de 1 psicólogo (- 6,7 %) por cada 100.000 personas de la población general. Esta tendencia fue más acusada en los países con PIB intermedio.

Además, se ha observado un incremento en los servicios ofrecidos a los niños y a los ancianos en los países con PIB intermedio-bajo (+ 13,3 y + 5,6 %, respectivamente) y en los países con PIB intermedio alto (+ 7 y + 9,6 %, respectivamente).

En cuanto a los sistemas de información correspondientes a la salud mental, se produjo un incremento (+ 9,3 %) en el número de países que poseen este tipo de sistemas dentro del grupo de los países con PIB intermedio-bajo.

COMENTARIOS

Es evidente que los trastornos mentales constituyen un problema de proporciones considerables tanto para los pacientes como para sus familias y para las sociedades en su conjunto, de manera que tienen una importancia enorme para la salud pública. Sin embargo, los problemas psiquiátricos son diagnosticados, tratados y priorizados de manera insuficiente en todo el mundo, a pesar de que existen opciones terapéuticas eficaces y de que la provisión de la asistencia psiquiátrica no requiere el uso de medios técnicos sofisticados. Los resultados del Atlas de la salud mental 2005 demuestran que los recursos que se dedican en todo el mundo a la salud mental son manifiestamente insuficientes en comparación con las necesidades en esta área. Los recursos económicos, humanos y en infraestructuras dedicados a la salud mental representan una proporción pequeña de los que son necesarios, incluso para suministrar la asistencia básica a la población general.

Las desigualdades entre los distintos países siguen siendo patentes, especialmente entre los países con PIB bajo y los países con PIB alto. La OMS ha argumentado de manera constante a favor del incremento sustancial de los recursos invertidos en salud mental (1, 8). Los datos recogidos en el Atlas de la salud mental 2005 demuestran claramente la vigencia de esta necesidad.

Los gobiernos son los administradores últimos de la salud mental y, por lo tanto, deben asumir la responsabilidad de llevar a cabo las complejas actividades necesarias para mejorar los servicios de asistencia psiquiátrica. Las normativas políticas, los programas y la legislación concernientes a la salud mental son pasos necesarios para introducir cambios importantes y sostenidos, y todas estas iniciativas deben estar fundamentadas en los conocimientos científicos actuales y en el respeto de los derechos humanos.

El Atlas de salud mental 2005 es el resultado de un esfuerzo ingente por parte de la OMS para la obtención de información relativa a los recursos y servicios correspondientes a la salud mental, con el objetivo de que dicha información permita la defensa, la planificación y el control de los cambios a lo largo del tiempo. El elevado volumen de accesos y descargas en el sitio Web del Atlas (www.who.int/mental_health/evidence/atlas/) demuestra que esta obra ha respondido a una necesidad real en la comunidad psiquiátrica global. En conjunto, es esperable que los datos que contiene sean útiles para los especialistas y los políticos especializados en planificación sanitaria de los distintos países, con objeto de que puedan identificar las áreas en las que es necesaria una atención urgente. Los datos brindados por los distintos países también pueden ser útiles para establecer objetivos realistas a través de las comparaciones entre los distintos países pertenecientes a grupos de PIB similar.

Los países deben recibir ayuda para desarrollar políticas de salud mental. Es necesario revisar las políticas antiguas, teniendo siempre en cuenta la situación actual de cada país. Los países con recursos limitados deben desarrollar iniciativas políticas que les ayuden a alcanzar objetivos realistas y a mejorar los servicios de salud mental que pueden ofrecer. Los países que carecen de iniciativas políticas de salud mental pueden aplicar las que ya han sido desarrolladas en otros países, adaptándolas a sus propias ne-

cesidades. La OMS ofrece apoyo técnico para el desarrollo de iniciativas políticas globales de salud mental (9).

Agradecimientos

La lista de especialistas que han contribuido al Atlas de la salud mental 2005 se recoge en el propio Atlas. La señora R. Westermeyer ha participado en la preparación y la corrección de estilo de este original.

Declaración de responsabilidad

S. Saxena, M. Garrido Cumbra y B. Saraceno son funcionarios de la Organización Mundial de la Salud. Los autores de esta publicación son los únicos responsables de los puntos de vista expresados en ella, que no necesariamente coinciden con las orientaciones, las decisiones o las consideraciones políticas de la Organización Mundial de la Salud.

World Psychiatry 2006; 4:179-184

Bibliografía

1. World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
2. Saxena S, Maulik PK, O'Connell K et al. Mental health care in primary community settings: result from WHO's Project Atlas. *Int J Soc Psychiatry* 2002;48:83-5.
3. World Health Organization. Atlas: mental health resources in the world 2001. Geneva: World Health Organization, 2001.
4. World Health Organization. Atlas: country profiles on mental health resources. Geneva: World Health Organization, 2001.
5. Saraceno B, Saxena S. Mental health resources in the world: results from Project Atlas of the WHO. *World Psychiatry* 2002;1:40-4.
6. 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;6:135-73.
7. World Health Organization. Mental Health Atlas 2005. Geneva: World Health Organization, 2005.
8. World Health Organization. Investing in mental health. Geneva: World Health Organization, 2003.
9. World Health Organization. Mental health policy project: policy and service guidance package - Executive summary. Geneva: World Health Organization, 2001.

Ética en Psiquiatría: marco general

FERNANDO LOLAS

Bioethics Unit, Pan American Health Organization, 1017 Providencia, Piso 7, Santiago 750-0620, Chile

En este artículo se exponen los métodos de reflexión bioética adecuados a la Psiquiatría. Se parte de la definición de la bioética como el uso racional del diálogo en la formulación, justificación y aplicación de los principios éticos, con el objetivo de realizar una buena práctica en la investigación, la práctica clínica y la enseñanza de la Psiquiatría. Señalando el hecho de que la bioética une las dos tradiciones éticas principales del pensamiento occidental (la deontológica y la teleológica), se abordan las tres condiciones que debe cumplir cualquier forma de intervención para ser considerada acorde con los fundamentos de la bioética: debe ser apropiada para el problema que aborda, debe ser buena (buena para la persona que la recibe y también para la persona que la aplica) y debe ser justa (sus resultados deben poder generalizarse al conjunto de la sociedad). Se exponen algunas de las implicaciones de estas nociones tanto para la práctica como para la enseñanza de la Psiquiatría.

Palabras clave: Bioética, principios éticos, deontología, teología

Tal como ocurre en otros campos de la medicina, el análisis ético y la reflexión ética en Psiquiatría se pueden centrar alrededor de numerosas actividades distintas, aunque el objetivo es siempre generar comportamientos que sean congruentes con las creencias del individuo, las costumbres sociales, las normas culturales y el respeto por la dignidad humana (1).

Entre estas actividades, la práctica clínica, la investigación científica y la enseñanza son las más visibles. Dado que la bioética consiste en el uso racional del diálogo para formular, conceptualizar y solucionar los dilemas a los que se enfrentan tanto los clínicos como los investigadores, y teniendo en cuenta que los valores son «universales de significación» que pueden ser interpretados de manera distinta por personas en diferentes circunstancias o con diferentes posiciones frente a la vida, la nueva concepción de la bioética se ha centrado en el establecimiento de instituciones sociales con carácter dialogante (2). De hecho, las comisiones nacionales, los comités de revisión institucional, los comités de ética de la investigación y los comités de ética hospitalaria son expresiones de un mismo objetivo: aunar opiniones, expectativas, formas de experiencia e intereses sociales distintos, y poner en práctica el arte de la deliberación y la discusión bajo un espíritu tolerante y democrático.

Al respecto, la bioética manifiesta la convicción de que la supervivencia de la humanidad depende en gran medida de la búsqueda de mecanismos para solucionar las diferencias concernientes a la orientación filosófica, la convicción moral y el fondo ideológico. En campos como el de la medicina, en los que se espera un aprecio y respeto por la dignidad humana, el imperativo hoy en día es que todas y cada una de las decisiones estén dotadas de lo que podría denominarse «sustentación ética». Esto quiere decir que las decisiones se deben tomar considerando no solamente su viabilidad, sustentación económica y grado de satisfacción conseguido, sino también de acuerdo con su posibilidad de sostenerse a lo largo del tiempo, su fundamento en valores sólidos y reflexivos, y su grado de aceptación en un contexto cultural dado. Esta afirmación es especialmente cierta con respecto a las decisiones que se adoptan en el contexto de los fundamentos científicos por parte de los miembros de la comunidad científica (3).

Sin embargo, es necesario tener en cuenta que a pesar de la amplia difusión y aceptación de los comités de ética en los ámbitos de investigación y de práctica clínica, en circunstancias o en lugares especiales, en los que son necesarias las decisiones rápidas o no existen profesionales suficientes, se pueden considerar otros métodos para garantizar la sustentación ética. La consulta ética es un ejemplo de ello, en el que los expertos en el campo del razonamiento moral práctico aconsejan a los médicos sobre un aspecto concreto o sobre la discusión de un caso. El análisis de la casuística por parte de especialistas competentes también puede ser de ayuda. En cualquier caso, la noción de sustentación ética

a través de un razonamiento interdisciplinar y de un análisis dialogado es esencial para alcanzar el objetivo fundamental.

En el pensamiento occidental hay dos tradiciones éticas importantes que son pertinentes para la Psiquiatría. Una es la tradición deontológica, expresada de diversas maneras a través de la ética de las obligaciones, la ética de las convicciones o, tal como señaló Max Weber, la «*Gesinnungsethik*». Esta postura se asocia generalmente con la filosofía kantiana. La otra tradición se denomina teleológica, debido a que su objetivo principal es considerar las consecuencias de las acciones y la responsabilidad consiguiente de los actores y de los agentes: Weber la denominó «*Verantwortungsethik*». Aunque podría considerarse que todas y cada una de las situaciones de decisión ética contemplan parcialmente ambas tradiciones, la práctica demuestra que los médicos y los investigadores en medicina son invitados con mayor frecuencia a reflexionar sobre su responsabilidad hacia las personas que a mostrar lealtad a una cierta idea o creencia. A ningún hombre o mujer que se dedique a la ciencia se lo puede obligar a hacer algo contra su conciencia, y se espera que todas las personas respeten la dignidad del ser humano y no le causen perjuicios. Sin embargo, el hecho de ser caritativo y hacer el bien constituye, más que una obligación, una conquista efectuada por un individuo con una moral autónoma, que está dotado con la capacidad de mantener una relación de empatía con los demás y de pensar en el bien de esas personas. Es lo que se ha denominado en ocasiones «imaginación moral» y forma parte del conocimiento implícito que deberían poseer todos los médicos y psiquiatras (4).

PRINCIPIOS DE BIOÉTICA Y CÓDIGOS ÉTICOS

En la práctica de la Psiquiatría es importante el cumplimiento de los códigos éticos aceptados, aunque la existencia de un código escrito no constituye en sí misma garantía del comportamiento ético por parte de los psiquiatras. En la práctica, estos códigos expresan generalmente aquello que les gustaría ser a los psiquiatras, no lo que son realmente. La práctica de la Psiquiatría, quizá en mayor medida que la práctica de otras especialidades médicas, implica una acción sobre personas que no siempre sienten la necesidad de la ayuda del experto, o que pueden mostrar tal grado de incompetencia que no se dan cuenta de cuáles son sus necesidades reales. La formación ética obliga a prestar una atención detallada a este particular desafío.

Por otra parte, las investigaciones psiquiátricas se enfrentan a las mismas exigencias que las investigaciones biomédicas o biológicas, con la diferencia de que es posible que en ellas se incorporen temas correspondientes al área de las genéricamente denominadas «ciencias sociales». Por ejemplo, éste es el caso de los estudios relativos a la eficacia de los diferentes tratamientos de

psicoterapia o a la implementación de modelos alternativos para la asistencia psiquiátrica, en los que no es posible excluir la percepción de los individuos y participantes como si fuera «ruido de la investigación»; por el contrario esta percepción forma parte de la intervención que está bajo estudio. Entre otras consideraciones, el debate relativo al placebo en la Psiquiatría es mucho más complicado que el que se plantea en la medicina puramente orgánica (5).

Hay que recordar que el primer imperativo ético en una investigación es la competencia técnica, y que los protocolos de investigación que no tengan en cuenta los estudios previos, cuyo diseño sea defectuoso o cuyo manejo de los datos sea inadecuado, serían ya de entrada antiéticos. En estos casos, no hay necesidad de que el comité de revisión ética pierda el tiempo en un ejercicio de análisis innecesario.

Quizá los documentos más conocidos respecto a la ética de investigación humana sean la Declaración de Helsinki, el Belmont Report (6), las directrices CIOMS (Council of International Organizations for Medical Science) (7) y las European Guidelines. Las cuestiones clave abordadas en todos estos documentos son el consentimiento informado por parte de las personas que participen en la investigación, la revisión independiente de los aspectos éticos de las propuestas, los beneficios que recibe la comunidad tras la finalización del ensayo clínico, la distinción entre investigación con efectos beneficiosos estratégicos para los participantes y la investigación cuyo único objetivo es el incremento de los conocimientos, y las investigaciones sobre grupos vulnerables o incompetentes. También se deben considerar los conflictos de intereses, económicos o de otro tipo; las investigaciones acerca de niños y mujeres embarazadas, y los dilemas asociados a la confidencialidad, la privacidad y la difusión de información científica o fáctica.

Para el abordaje y la formulación de los dilemas éticos en medicina ha sido costumbre utilizar el marco conceptual del principialismo. Según este enfoque, hay principios básicos situados en un lugar intermedio entre los valores universales y las normas prácticas de conducta. El Belmont Report introdujo la idea de que los principios sobre los que se fundamenta el razonamiento moral en la investigación sobre personas pueden quedar incluidos bajo conceptos generales como los de *autonomía*, *beneficencia*, *ausencia de daño* y *justicia*. Los libros de texto y una amplia bibliografía han facilitado la difusión de la utilidad de los principios formales en el abordaje del análisis de casos. No obstante, hay que tener en cuenta que el término «formal» en este contexto implica que cada uno de los principios puede tener diferentes expresiones o contenidos en las diferentes culturas o ambientes institucionales. Por ejemplo, la autonomía es un principio de carácter unívoco en el sentido gramatical del término, pero es un concepto distinto en la sociedad islámica y en una comunidad laica; así, aunque es un principio muy apreciado en algunas regiones del mundo, podría tener un valor distinto en otras. Lo mismo podría decirse respecto a la justicia y a la beneficencia. Esta consideración no implica un relativismo, sino que sugiere que para el conocimiento adecuado de los contenidos de cada principio formal y de los detalles de su aplicación e impacto en una sociedad particular es esencial un cierto grado de sensibilidad cultural.

Otro aspecto que se debe tener en cuenta es la importancia relativa de los principios cuando se aplican a casos o situaciones particulares. A pesar de su utilidad, los códigos éticos no indican a qué principios debe otorgarse prioridad en una situación dada. Con mucha frecuencia los dilemas éticos se plantean debido a una colisión entre los principios, por ejemplo, si se debe dar prioridad a la autonomía sobre la beneficencia o viceversa. Ésta es una de las tareas de los comités de ética, junto con la evaluación adecuada de los riesgos y beneficios de la investigación o de las intervenciones sanitarias.

DIFICULTADES BIOÉTICAS EN LA INVESTIGACIÓN Y EN LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICAS

Los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental se enfrentan a la dificultad de abordar al ser humano en condiciones en que éste presenta una gran vulnerabilidad, y a la dificultad de establecer relaciones íntimas pero distantes con las personas a las que atienden. Es decir, un psicoterapeuta o un psiquiatra clínico deben poseer toda la información pertinente de una persona para poder ser eficaces pero, al mismo tiempo, deben mantener la distancia necesaria para no desempeñar roles distintos de los del terapeuta (amigo, amante, tutor) y para sostener un punto de vista científico. Las investigaciones sobre algunos aspectos de la salud mental se realizan sobre un trasfondo emocional, pero este hecho no debe impedir el mantenimiento de una postura de carácter técnico en todas las cuestiones relacionadas con el diseño y la realización del estudio. Los defectos de un estudio científico no tienen ninguna justificación, incluso si éste se lleva a cabo por motivos auténticamente humanitarios.

Cuando se considera en el contexto de la bioética, cualquier forma de intervención debe cumplir al menos tres condiciones. En primer lugar, debe ser *apropiada* para el problema que pretende abordar. En segundo lugar, debe ser *buena* (buena para la persona que la recibe y también para la persona que la aplica). En tercer lugar, debe ser *justa* (sus resultados deben poder ser generalizados al conjunto de la sociedad).

Cuando se contemplan estas «coordinadas» de la acción legítima, junto con el mantenimiento de una actitud de respeto por la dignidad humana, entonces cualquier persona puede comprender que un buen profesional reconoce el *deber* de informar a los participantes o pacientes y el *derecho* de éstos a ser informados, a fin de alcanzar tanto los objetivos de investigación como los de asistencia clínica.

Tal como ya se ha señalado, además de la práctica clínica y de la investigación psiquiátrica, hay otros contextos en los que el comportamiento ético es imperativo. La enseñanza de la Psiquiatría conlleva dificultades importantes. Los estudiantes deben aprender a proteger la confidencialidad y la privacidad, evitando la estigmatización y también su implicación personal en las vidas de las personas que van a tener que tratar. El aprendizaje práctico y el aprendizaje mediante ejemplos, dos de las estrategias básicas en la enseñanza de la Psiquiatría, exigen un esfuerzo consciente por parte de los profesores.

Las actividades profesionales también implican dimensiones éticas. Aparte de las tareas relacionadas con los pacientes, están las tareas y las obligaciones dirigidas hacia los compañeros de profesión o hacia los colegas de la misma institución. Los conflictos de intereses son todas aquellas situaciones en las que un motivo manifiesto no coincide con una motivación secundaria que puede estar presente de manera consciente o inconsciente. El prestigio profesional y la necesidad de progreso en la carrera profesional pueden colisionar en ocasiones con las relaciones de confianza y amistad con los compañeros.

Éstas y otras dificultades tienen matices especiales en Psiquiatría. Es necesario diseñar métodos para complementar la enseñanza de la ética tradicional con el objetivo de propiciar el diálogo planteado por la bioética, debido a que es en el contexto de la deliberación y la discusión en el que la tolerancia y la aceptación de la diversidad permitirán optimizar el arte de la curación.

World Psychiatry 2006; 4:185-187

Bibliografía

1. Lolas F. Psiquiatría y bioética. Madrid: Aula Médica, 2003.
2. Lolas F. Bioethics. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1999.
3. Lolas F. Juris-diction and contra-diction. On the discourse of scientific and professional communities. In: Flerackers F, van

- Leeuwen E, van Roermund B (eds). *Law, life and the images of man*. Berlin: Duncker and Humblot, 1996:283-9.
4. Lolas F. Bioethical narratives: toward the construction of social space for moral imagination. *Int J Bioethics* 1996;7:53-5.
 5. Lolas F, Agar L (eds). *Interfaces between bioethics and the empirical social sciences*. Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud, 2002.
 6. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. *The Belmont Report: ethical principles for the protection of human subjects in research*. Washington: US Government Printing Office, 1978.
 7. Council of International Organizations for Medical Science (CIOMS). *International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects*. Geneva: CIOMS, 2002.

Carta al director

El artículo de Cloninger publicado en el ejemplar de junio de 2006 de *World Psychiatry* (1) aborda aspectos de gran importancia para los psiquiatras de todo el mundo y, especialmente, para los que ejercen en países en vías de desarrollo.

Uno de los obstáculos principales para la promoción de la asistencia psiquiátrica en los países en vías de desarrollo es el escaso valor que otorga la población general a la salud mental. Consideramos que ello se debe al modelo «perverso» de consideración de los trastornos mentales predominante en la actualidad, al que Cloninger se refiere señalando «un interés excesivo por los aspectos de estigmatización de los trastornos mentales». La población general considera que los trastornos mentales afectan únicamente a una pequeña proporción de las personas y que, en consecuencia, no son de interés para ellos, como parte de su vida cotidiana. Creemos que sólo a través del cambio desde el modelo perverso al modelo de normalidad (es decir, la consideración de la vida mental como parte de la vida de todas las personas) será posible llamar la atención de la población general acerca de todo lo relacionado con la salud mental.

Los abajo firmantes comentaron el artículo de Cloninger con un gran número de personas que no son psiquiatras. Su respuesta fue muy positiva, desde: «esto es lo que estaba buscando», hasta: «gracias por enseñarme que la salud mental es algo más que la ausencia de enfermedades mentales».

El desarrollo de una ciencia sólida del bienestar constituye un paso esperado. La fuerza del enfoque de Cloninger radica en la contemplación de una serie de dimensiones sencillas y cuantificables del bienestar, fundamentando esta idea en la evidencia científica. Con demasiada frecuencia, el campo del bienestar y de la felicidad ha estado dominado por opiniones subjetivas y por relatos de carácter anecdótico. Actualmente hay un fundamento científico cada vez más sólido para las ideas a las que previamente se adjudicaba sólo una validez subjetiva (2).

Ciertamente, todas las ideas expresadas por Cloninger forman parte de los conocimientos y la vida cotidiana en la India. Diariamente podemos observar a miles de personas luchando por uno u otro componente de su bienestar a través de métodos como el yoga, la meditación y el arte de vivir, por citar unos pocos. La práctica de centrar la atención en el momento presente de la intención y el estado somático propios, por ejemplo, en la propia respiración, ha sido uno de los aspectos clave en las prácticas de concienciación de la mente que se realizan desde hace miles de años en los países orientales. Actualmente, las investigaciones han demostrado que estas prácticas se asocian a una optimización del funcionamiento fisiológico, psicológico e interpersonal (3).

Sin embargo, nos gustaría subrayar cuatro limitaciones en el estado actual de desarrollo de la ciencia en el área del bienestar. En primer lugar, el concepto de bienestar está fuertemente relacionado con la cultura de la persona. No hay un concepto universal del bienestar y nunca lo habrá, debido a que las culturas otorgan una importancia distinta a los diferentes componentes de la vida mental. Un ejemplo de ello es la variación existente entre las distintas sociedades acerca de la importancia otorgada a las normas de grupo frente a las elecciones individuales. En segundo lugar, en el momento presente no se han demostrado modificaciones en cuanto a la prevalencia, el patrón y el curso de los trastornos mentales entre las personas que participan en programas basados en el logro del bienestar. En tercer lugar, en el momento

presente somos incapaces de explicar la distribución universal de los trastornos mentales, del suicidio y del abuso de sustancias, a pesar de las variaciones existentes entre las distintas comunidades en cuanto a los factores culturales, sociales, religiosos y otros factores relacionados. Parece como si hubiera una falta de conexión entre todo lo que consideramos importante para la salud mental y lo que ocurre en la vida real. En cuarto lugar, las controversias actuales respecto a la espiritualidad y la religiosidad o el fundamentalismo hacen que los psiquiatras se sientan incómodos trabajando en este campo (4).

Nos gustaría proponer las líneas siguientes para el trabajo futuro: a) el estudio de la salud mental en las personas de la población general que participan en programas basados en el logro del bienestar (en dicho estudio se podría identificar la especificidad de los efectos en términos de la edad, el sexo, el grupo social o las personas que experimentan situaciones específicas como duelos, desastres o situaciones de conflicto); b) la simplificación de las acciones que deben realizar los individuos para conseguir el bienestar, junto con las adaptaciones locales para tener en cuenta las normas culturales y las prácticas sociales, de manera que puedan formar parte de la vida cotidiana y se puedan integrar fácilmente en las vidas de todas las personas; c) los estudios longitudinales en personas que participan en programas de bienestar, evaluando el surgimiento de trastornos y la capacidad de resistencia en las diferentes situaciones vitales, como los duelos, la exposición a situaciones traumáticas, los desastres y las situaciones de conflicto.

Es posible suponer que la Psiquiatría del futuro estará más centrada en la salud mental que en la enfermedad mental, y que los psiquiatras futuros no solamente trabajarán con personas mentalmente enfermas sino también con todas las personas que desean estar bien y permanecer libres de enfermedades mentales. Las contribuciones de Robert Cloninger son significativas y van en la dirección correcta para alcanzar este importante objetivo.

R. Srinivasa Murthy

*C-301, CASA ANSAL Apartments,
18, J.P. Nagar III Phase
Bannerghatta Road, Bangalore 56 78, India*

Russell D'Souza

*Northern Psychiatry Research Centre,
Melbourne University,
Melbourne 3070, Australia*

World Psychiatry 2006; 4:188

Bibliografía

1. Cloninger CR. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry* 2006;5:71-6.
2. D'Souza RA, Rodrigo A. Spiritually augmented cognitive behaviour therapy. *Australasian Psychiatry* 2004;12:148-52.
3. Siegel DJ. An interpersonal neurobiology approach to psychotherapy: awareness, mirror neurons, and neural plasticity in the development of well-being. *Psychiatr Ann* (in press).
4. D'Souza R. Do patients expect psychiatrist to be interested in spiritual issues? *Australasian Psychiatry* 2002;10:144-7.

Una agenda para el cambio: la función de la WPA en la educación psiquiátrica global

ALLAN TASMAN

WPA Secretary for Education

Nos encontramos, seguramente, en la época más interesante de toda la historia de la Psiquiatría. La expansión de nuestra base de conocimientos a consecuencia de los avances efectuados en la descripción clínica, la neurociencia y otras áreas relacionadas con la etiología y el tratamiento ha dado lugar a avances importantes en los abordajes diagnósticos y terapéuticos de las personas que sufren enfermedades psiquiátricas. Por ejemplo, se ha producido un reconocimiento cada vez mayor del impacto de las influencias culturales y las creencias espirituales como elementos importantes en las manifestaciones clínicas y en los síntomas de las enfermedades mentales. El campo de la farmacogenética es otro ejemplo de los cambios espectaculares que han tenido lugar: es evidente que los psiquiatras del próximo decenio podrán llevar a cabo análisis genéticos sofisticados para optimizar tanto los tratamientos farmacológicos como los abordajes psicoterapéuticos. Una dificultad importante a la que se enfrenta nuestra profesión es el proceso de adecuación de los avances científicos y de investigación, de modo tal que puedan ser utilizados fácilmente por los clínicos. Este aspecto es especialmente importante en las áreas geográficas con escasos recursos en salud mental o en sistemas asistenciales. Esta dificultad puede convertirse en una oportunidad educativa importante en el contexto de la Psiquiatría, y la WPA está bien situada para convertirse en una fuerza que puede dirigir con eficacia esta iniciativa. No hay ninguna otra organización que pueda igualar su capacidad para abordar todos los aspectos del modelo biopsicosocial y para difundir ampliamente los materiales de tipo educativo en todo el mundo.

Durante el último decenio se han producido avances importantes en los programas educativos ofrecidos por la WPA. El conjunto de los materiales educativos producidos durante los últimos años es impresionante (todos estos materiales están recogidos en el sitio Web de la WPA, www.wpanet.org) y consisten en a) Directrices internacionales para la evaluación diagnóstica (IGDA) de la Asociación Mundial de Psiquiatría (*Essentials of the World Psychiatric Association International Guidelines for Diagnostic Assessment*); b) *Teaching and Learning About Schizoph-*

renia; c) *Autism and Related Disorders – The Basic Handbook for Mental Health, Primary Care and Other Professionals*; d) Programa educativo de la WPA/PTD sobre trastornos depresivos (*WPA/PTD Educational Program on Depressive Disorders*); e) Currículum de Psiquiatría para estudiantes de medicina (*Core Curriculum in Psychiatry for Medical Students*); f) Programa institucional de entrenamiento curricular para Psiquiatría (*Core Training Curriculum for Psychiatry*); g) Programa educativo sobre la CIE-10 (*ICD-10 Training Kit*) (elaborado en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, OMS); h) *Social Phobia*; i) Salud mental en el retraso mental (*Mental Health in Mental Retardation*); j) El ABC para la salud mental, la asistencia primaria y otros profesionales (*The ABC for Mental Health, Primary Care and Other Professionals*); l) *Professional Development of Young Psychiatrists*; m) *WPA Bulletin on Depression*; n) *The WPA Educational Program on Sexual Health*, y o) *Educational Program on Personality Disorders* (en fase de elaboración).

Así, puede observarse que hay una amplia gama de programas relacionados no solamente con las directrices para la evaluación diagnóstica y el tratamiento de un número importante de trastornos psiquiátricos, sino también con la formación curricular en Psiquiatría, dirigidos a estudiantes de medicina y a residentes, así como con otras cuestiones del desarrollo profesional. La colaboración con la OMS ha constituido un aspecto importante en varios proyectos, algunos ya finalizados y otros en fase de desarrollo. Por ejemplo, el Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS y el autor de esta nota están colaborando actualmente en el desarrollo de un programa educativo sobre psicofarmacoterapia basada en la evidencia, dirigido especialmente a los psiquiatras jóvenes.

Además, la WPA ha trabajado en el desarrollo de una red de directores de educación global que atienden las consultas tanto educativas como clínicas procedentes de colegas de todo el mundo. El programa institucional antiestigma de la WPA, el programa institucional para Europa oriental y los Balcanes, y el recién desarrollado programa institucional sobre la Psiquiatría en Asia son otras oportunidades para desarrollar el objetivo educativo.

A medida que estas iniciativas vayan alcanzando su madurez, habrá una oferta

cada vez más diversa de programas que atiendan las necesidades educativas de los psiquiatras que trabajan en todas las regiones geográficas, en todos los contextos clínicos y en los países en distintas etapas de desarrollo en cuanto a recursos y servicios de salud mental disponibles. La WPA debe intentar que todos los pacientes y los psiquiatras que los atienden tengan acceso a los materiales educativos más actualizados y que posibiliten un tratamiento óptimo, especialmente en aquellas partes del mundo con escasez de recursos para la provisión local de estos programas educativos. Para la implementación de un sistema de este tipo es esencial el contacto estrecho de la WPA con las sociedades nacionales, lo que permitirá incrementar la calidad de la asistencia en todo el mundo. El aspecto clave para mejorar la calidad de la asistencia que reciben nuestros pacientes es la excelencia en la educación y la disponibilidad de los recursos educativos para todos los psiquiatras.

En el plan de trabajo correspondiente al trienio presente se han establecido diversas prioridades. Las prioridades correspondientes al desarrollo educativo para los años venideros son las siguientes:

- Debe garantizarse que nuestros más destacados programas educativos orientados hacia el diagnóstico y la enfermedad estén a disposición de todos los psiquiatras. Para ello es necesario acelerar la traducción de estos programas a diversos idiomas adicionales, con el objetivo último de que cada país cuente con una versión en su idioma oficial. Además, debe garantizarse que estos materiales se ofrezcan en un formato que permita a los psiquiatras de todas las partes del mundo el rápido acceso a la información. Este aspecto es especialmente importante en aquellas áreas del mundo en las que el acceso a través de Internet a los programas, las revistas o los libros de texto es en la actualidad insuficiente.
- En muchas partes del mundo hay una gran escasez de psiquiatras y de otros profesionales de la salud mental para la provisión de los servicios clínicos adecuados a las personas que los necesitan. En estas zonas del mundo, la asistencia psiquiátrica es realizada por los médicos o los profesionales de asistencia primaria. Una prioridad para la WPA es el desarrollo de nuevos programas educativos dirigidos hacia los clínicos asistencia primaria (especialmente en los países en

vías de desarrollo) así como de nuevos programas relativos a la interfaz entre la enfermedad médica y la enfermedad psiquiátrica.

- Se prestará especial atención a nuestro programa de promoción del desarrollo profesional de los psiquiatras jóvenes. Al respecto, se trabajará a través de una colaboración cada vez mayor entre la WPA y la OMS, con el objeto de incrementar la capacidad de la WPA para llegar hasta los psiquiatras jóvenes de todas las partes del mundo. Además, se considerará prioritario llegar con los programas educativos a las áreas escasamente dotadas de todo el mundo, como Europa Oriental y los Balcanes, Oriente Medio, el Subcontinente Indio, África, algunas zonas de América Central y América del Sur, y el Sudeste Asiático.
- Aprovechando experiencias positivas anteriores, será esencial incrementar nuestra colaboración con las Secciones de la WPA (la rama científica de la WPA), con el objeto de acelerar el proceso de aplicación de los avances científicos y de investigación en programas educativos que permitan mejorar la asistencia clínica en todo el mundo. Para ello, se ha puesto en marcha una nueva iniciativa que dará lugar al desarrollo de diversos cursos que estarán a disposición de los comités de organización de los congresos nacionales o regionales.
- La colaboración con el programa antiesquema de la WPA permitirá desarrollar más materiales dirigidos hacia la educación pública que tengan en cuenta las diferencias culturales existentes entre las distintas regiones y en los diferentes países. Esta iniciativa incluirá el inicio de programas para traducir estos materiales a diversos idiomas, a fin de facilitar su difusión y lectura en todos los rincones del mundo. Al respecto, nuestra red educativa de enlace puede facilitar la colaboración de esta Secretaría de educación con este importante programa.

Además de todos estos proyectos dirigidos hacia el desarrollo de programas educativos, hay otras iniciativas dirigidas hacia la mejora del funcionamiento de nuestros programas educativos en la propia WPA. Entre ellas están las siguientes:

- Se desarrollarán mecanismos interactivos adicionales entre la WPA y las sociedades nacionales, con la participación de los Representantes de zona, para conocer mejor las necesidades nacionales y regionales específicas, de manera que la WPA pueda desarrollar nuevos programas educativos. Todo ello nos permitirá una mejor asignación de los recursos, priorizando las áreas con mayores necesidades.

- Se continuará implementando nuestro programa de créditos de educación médica continuada (EMC), con el objetivo de incrementar su aceptación por parte de los grupos de acreditación nacionales e internacionales y por las sociedades de Psiquiatría de todo el mundo. Esta iniciativa mejorará la calidad de los programas educativos patrocinados o copatrocinados por la WPA e incrementará su utilización.
- Se desarrollará un nuevo sistema de interacción entre los profesionales que planifican las reuniones regionales de WPA o las reuniones copatrocinadas y la red educativa de enlace de la WPA (incluyendo la red de consultores), a fin de conseguir recursos adicionales para los especialistas que planifican programas dirigidos a los congresos nacionales y regionales.
- Dentro del Comité directivo y ejecutivo de la WPA, la Secretaría de educación seguirá trabajando para definir y obtener los recursos necesarios que permitan la

expansión y la aceleración del desarrollo de todas las iniciativas prioritarias ya señaladas.

Tal como se puede observar, tenemos una amplia y ambiciosa agenda para el desarrollo de nuestros programas educativos a lo largo de los años venideros. Con la destacada ayuda del Comité educativo operativo y de la amplia experiencia educativa de los colegas de todo el mundo, se conseguirán, seguramente, excelentes resultados. Éste es un período muy interesante no sólo para nuestro campo, sino para el conjunto de la WPA, especialmente en lo concerniente al desarrollo de nuestra programación educativa. Invito desde aquí a todas las personas interesadas en participar en cualquier aspecto de nuestros programas a establecer contacto conmigo en allan.tasman@louisville.edu. Me entusiasma enormemente el futuro y tengo mucho interés en colaborar con los lectores que lo deseen, para poder avanzar.

Avance del conocimiento científico a través de la investigación cooperativa internacional

MIGUEL R. JORGE

WPA Secretary for Sections

La WPA ha experimentado un crecimiento significativo durante los dos últimos decenios, especialmente en cuanto a su función política y su organización administrativa, al número de sociedades miembro y Secciones, y a las distintas actividades en los campos de reuniones científicas, educación y publicaciones.

En particular, las 65 Secciones actuales están desarrollando –a través de sus directores y sus miembros– diferentes actividades: la organización de reuniones científicas y sesiones en los congresos nacionales e internacionales; la producción de materiales educativos y documentos de directrices o de declaraciones de consenso; la publicación de revistas o libros; la promoción de investigaciones, y la colaboración con diversas organizaciones nacionales e internacionales.

El Comité ejecutivo de la WPA ha premiado recientemente seis proyectos de investigación de distintas secciones, brin-

dándoles financiación económica parcial, con el objeto de incrementar su implicación institucional en el desarrollo de la investigación científica. Durante 2005, G. Christodoulou (anterior Secretario de Secciones de la WPA) y el anterior Comité operativo de las Secciones fueron los responsables de realizar el proceso de selección y de remitir algunos de los proyectos de investigación al Comité ejecutivo para que este tomara una decisión final. Los proyectos señalados se resumen a continuación.

Sección de arte y Psiquiatría: «Evaluación y modificación de las actitudes hacia los enfermos mentales existentes en la sociedad a través de las manifestaciones artísticas gráficas de éstos» (Investigador principal: A. Kopytin)

El objetivo de este proyecto es evaluar y modificar las actitudes públicas hacia los enfermos mentales y hacia sus producciones artísticas gráficas, a través de la realización de una serie de exposiciones de ca-

rácter interactivo y de diversos eventos complementarios, como talleres y sesiones de discusión con diferentes segmentos de la población rusa. En las exposiciones se presentarán producciones artísticas de pacientes que sufren diversas enfermedades mentales. Estas producciones son resultado de actividades creativas espontáneas o de sesiones de terapia artística.

Los métodos de investigación utilizados son cuestionarios y entrevistas semiestructuradas, desarrollados específicamente para evaluar las actitudes de discriminación y estigmatización, así como sus modificaciones a consecuencia de las intervenciones antiestigma. Además, se utilizará un método narrativo, a través del cual las personas que acuden a las exposiciones podrán compartir sus respuestas frente a los grabados y dibujos expuestos, creando historias a partir de ellos. Se realizará un análisis cuantitativo y cualitativo de los datos para comparar los diferentes grupos de personas que respondan a la encuesta, a fin de evaluar el grado de modificación de las respuestas a consecuencia de las exposiciones interactivas.

Sección de colaboración interdisciplinaria: «El impacto de la guerra y de los desastres naturales sobre los recién nacidos y su salud futura»
(Investigador principal: U. Halbreich)

Los objetivos específicos de este proyecto son: a) obtener información acerca de los niños que nacen con bajo peso corporal y de los niños prematuros, así como de otros problemas que tienen lugar durante el parto, a partir de datos obtenidos en Bagdad (Irak), los países de la antigua Yugoslavia y las áreas afectadas por el desastre del tsunami, tras períodos de guerra y desastres naturales; b) comparar esta información con la relativa a los partos durante los períodos anteriores a las guerras y a los desastres naturales en esos lugares.

Se ha señalado que durante los conflictos armados o inmediatamente después de ellos y tras la disminución de la seguridad individual, la prevalencia de niños que nacen con bajo peso corporal o prematuros es mayor que durante los períodos de paz. Si los resultados del estudio permitieran confirmar dicha circunstancia, sería posible identificar a los niños afectados, realizar un seguimiento de las variables de su desarrollo –físico, conductual y mental–, a fin de realizar y evaluar intervenciones preventivas.

Sección de medios de comunicación y salud mental: «Detección

y modificación de los prejuicios frente a los trastornos psíquicos en el contexto social»
(Investigador principal: M.A. Materazzi)

Esta investigación se propone ahondar en el prejuicio, en tanto variable operativa en el contexto social y, en particular, en el prejuicio social frente a los pacientes que sufren enfermedades mentales.

Se seleccionará una comunidad y se llevará a cabo en ella un trabajo de campo intensivo, de análisis y discusión de opiniones. El primer taller de discusión incluirá a todos los sectores sociales del distrito sin sobrepasar en ningún caso el número de 100 personas. Después, se organizarán mensualmente diversos talleres de discusión, para cada sector por separado. Se remitirá a los participantes una encuesta antes del primer taller y después de finalizados todos los talleres, con el objeto de comprobar si se han producido modificaciones en los puntos de vista.

Sección de instrumentos de medición en la asistencia psiquiátrica: «Adaptación transcultural del instrumento Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)»
(Investigador principal: A. Janca)

El objetivo principal de este estudio es la elaboración de una adaptación transcultural del instrumento Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El objetivo del proyecto se alcanzará en tres fases. En la fase inicial se llevará a cabo un análisis antropológico del instrumento SCAN, para detectar los aspectos que no sean transculturalmente aplicables. En función de ese análisis, se realizará una adaptación del SCAN, buscando diseñar un instrumento de entrevista alternativo, con sensibilidad cultural. Durante la segunda fase se considerarán los resultados obtenidos en la primera fase, en entrevistas realizadas a los informadores clave, y se llevarán a cabo discusiones en grupos de trabajo. A lo largo de la tercera fase del proyecto, uno de los entrevistadores aplicará la versión modificada del instrumento SCAN y también el instrumento SCAN original versión 2.1 a 60 personas pertenecientes a dos contextos culturales diferentes. Los resultados diagnósticos obtenidos con los instrumentos SCAN estándar y SCAN adaptado se compararán y analizarán mediante el parámetro estadístico kappa.

Sección de control de calidad: «Psicoeducación en los pacientes con trastorno bipolar y calidad de vida» (Investigador principal: F. Lolas)

El objetivo principal de este estudio es la evaluación cualitativa y cuantitativa de la incorporación de una intervención psicoeducativa en el tratamiento de los pacientes con trastorno bipolar.

Los objetivos específicos son los siguientes: identificación de los factores que influyen en el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes; identificación de los factores que influyen en la recidiva; comparación del grado de cumplimiento del tratamiento y los índices de recidiva entre los pacientes con intervención psicoeducativa y los controles; evaluación de la calidad de vida en los pacientes con intervención psicoeducativa y en los controles, mediante el uso de escalas de hostilidad y ansiedad a través del análisis de los contenidos verbales; evaluación del grado de estigma en los pacientes con intervención psicoeducativa y en los controles; propuesta de la bioética como herramienta para justificar las intervenciones psicoeducativas, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes que sufren trastorno bipolar e incrementar su integración social.

Sección de esquizofrenia y Sección de estigma y trastornos mentales: «Módulos antiestigma para los profesionales de la salud mental: desarrollo e implementación de modelos educativos para los profesionales de la salud mental con el objetivo de la desestigmatización de los pacientes que sufren esquizofrenia»
(Investigadores principales: W. Gaebel y A.E. Baumann)

Este proyecto persigue el desarrollo de módulos educativos específicos para la formación antiestigma de los profesionales de la salud mental (los denominados «módulos antiestigma», que deben ser traducidos y adaptados a todos los países que participan en el programa antiestigma de la WPA y al resto de los países. Los módulos contienen: a) información metodológica acerca de la aplicación y la evaluación de la formación antiestigma de los profesionales de la salud mental, y b) información relativa a las necesidades especiales del grupo tomado como objetivo (aumento de la concienciación sobre las actitudes de estigmatización y sobre el comportamiento de discriminación).

Con posterioridad, se ofrecerán seminarios de «capacitación de capacitadores» y servicios de evaluación, en colaboración

con la Sección de esquizofrenia de la WPA, la Sección de estigma y trastornos mentales de la WPA, los centros participantes en

el programa antiestigma de la WPA y las sociedades miembro de la WPA

World Psychiatry 2006; 4:189-192

